

GAMBARAN KEBERMAKNAAN HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) SERTA TINJAUANNYA MENURUT ISLAM

Riri Fitria Burhan, Endang Fourianalistyawati, Zuhroni

Fakultas Psikologi Universitas YARSI

fitria_burhan@yahoo.com; endang.fouriana@yarsi.ac.id; zuhroni@yarsi.ac.id

Abstract: HIV (Human Immuno Deficiency Virus) is a virus that attacks the human immune system and then causes AIDS. AIDS is a collection of disease caused by the HIV virus that damages the human immune system, making the body vulnerable to other diseases that can be fatal. The meaning of life is a process of finding a very important and meaningful to the individual. The process of finding the meaning of life and the search is performed and experienced by each person, and it will be different because basically man is a unique individual. The purpose of this study was described the meaningfulness of life in people who is living with HIV/AIDS. This study was used a qualitative approach, with the case study method, and the method of data collection by observation and interviews, as well as triangulation of data by providing a questionnaire to the research subjects. Interview techniques used in-depth interviews using an interview guide. Triangulation technique was conducted to test the credibility of the data by examining the same source with different techniques, one of them with a questionnaire (Sugiyono, 2012). The results of this study indicated that the three subjects of the study had the meaningfulness of life, their sense of life were based on the changes before being diagnosed and after being diagnosed, as well as the achievement of hope and purpose in life. The results of this study showed that the parenting style of parents influence the risky behavior in children. In addition, social support and information that held by people living with HIV also affected their meaning of life.

Keywords : HIV/AIDS, people living with HIV, The meaningfulness of life

Abstrak: HIV (Human Immuno Deficiency Virus) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan kemudian menimbulkan AIDS. AIDS merupakan kumpulan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga tubuh mudah diserang penyakit-penyakit lain yang dapat berakibat fatal. Makna hidup merupakan suatu proses dalam menemukan suatu yang sangat penting dan berarti bagi individu. Proses menemukan dan pencarian makna hidup yang dilakukan dan dialami pada tiap orang akan berbeda-beda karena pada dasarnya manusia merupakan individu yang unik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kebermaknaan hidup pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Dalam penelitian ini digunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, dan metode pengumpulan data dengan cara observasi dan wawancara, serta triangulasi data dengan memberikan kuesioner kepada subjek penelitian. Teknik wawancara yang digunakan yaitu wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara. Teknik triangulasi dilakukan untuk menguji kredibilitas dengan cara memeriksa data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, salah satunya dengan kuesioner (Sugiyono, 2012). Hasil penelitian ini

menunjukkan bahwa ketiga subjek penelitian memiliki kebermaknaan hidup, dengan memaknai hidup berdasarkan perubahan antara sebelum didiagnosa dan setelah didiagnosa, serta pencapaian akan harapan dan tujuan hidup. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh pola asuh orang tua terhadap perilaku berisiko pada anak. Selain itu, dukungan sosial serta informasi yang dimiliki oleh ODHA juga berpengaruh terhadap pemaknaan hidup ODHA.

Kata kunci: HIV/AIDS, ODHA, Kebermaknaan hidup

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan bagian dari diri dan merupakan hak asasi manusia yang sangat fundamental, sehingga menjadi salah satu bagian yang sangat penting bagi setiap manusia. Salah satu masalah kesehatan yang menjadi perhatian dunia bahkan Indonesia adalah HIV/AIDS. HIV/AIDS menjadi masalah kesehatan yang mendapat perhatian cukup banyak karena peningkatan individu yang terkena HIV/AIDS sangat drastis. Individu yang terkena HIV memiliki reaksi psikologis yang negatif seperti kecemasan, depresi, dan kesulitan menjalin hubungan dengan orang lain (Kennedy & Liewelyn, 2003).

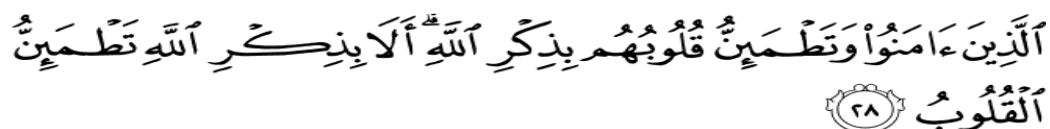
HIV/AIDS di Indonesia ditemukan di Bali pada tahun 1987, kasus tersebut terus meningkat hingga sekarang. Penyebaran virus ini sangat cepat, ditandai dengan terus meningkatnya jumlah individu yang terkena HIV/AIDS di seluruh wilayah Indonesia. Kementerian kesehatan RI melaporkan dari juli sampai september 2012 jumlah kasus baru HIV sebanyak 5.489 kasus dengan persentase kasus HIV tertinggi terdapat pada golongan umur 25-29 yaitu sebanyak 73,7% dan kelompok umur 20-24 sebanyak 15%. Kasus baru AIDS dari Juli sampai September 2012 sebanyak 1.317 kasus dengan persentase kasus AIDS tertinggi terdapat pada golongan umur 30-39 yaitu sebanyak 40,7,7% dan kelompok umur 20-29 sebanyak 29%.

Berdasarkan faktor risiko penyebab penularan HIV hingga September 2008, kasus terbanyak disebabkan oleh penggunaan narkoba suntik (Muhammad, 2008). Rentang usia individu yang terjangkit HIV sebagian besar berada pada usia produktif. Usia terjangkit HIV dapat berpengaruh terhadap kemampuan produksi (produktivitas) penderita HIV tersebut seperti kemampuan untuk mencari nafkah serta kemampuan untuk mengerjakan dan menyelesaikan tugas secara maksimal.

Individu yang positif terkena HIV/AIDS akan mengalami perubahan dalam menjalani kehidupan. WHO mengatakan ketika individu pertama kali dinyatakan terinfeksi HIV, sebagian besar menunjukkan perubahan dalam karakter psikososialnya seperti hidup dalam stres, depresi, merasa kurang adanya dukungan sosial, dan perubahan dalam perilaku (dalam Nasronudin, 2007). Stres juga dapat memperburuk keadaan dari individu, seperti yang dijelaskan Sodroski et al (dalam Ogden, 2007) bahwa stres dapat meningkatkan proses replikasi virus HIV. Untuk menghindari hal tersebut individu harus mampu mereduksi tingkat stresnya dengan melakukan penyesuaian diri sehingga virus-virus tersebut tidak mereplikasi terus menerus.

Perubahan kondisi fisik dan psikis penderita HIV/AIDS memberikan dampak negatif terhadap perkembangan psikologisnya seperti rasa malu dan hilangnya kepercayaan dan harga diri. Perubahan tersebut dapat menyebabkan stres fisik, psikologis dan sosial. Perubahan emosi yang dialami penderita tersebut akan menimbulkan penolakan (*denial*) terhadap diagnosis, kemarahan (*anger*), penawaran (*bargaining*), dan depresi (*depression*), yang kemudian pada akhirnya pasien harus menerima kenyataan (*acceptance*) (Bastaman, 1996).

Dalam Islam, individu dapat mengurangi stresnya dengan mengingat Allah swt, sehingga hati menjadi tenang dan mampu untuk terus menjalani hidup, sebagaimana firman Allah swt:



Artinya: “(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram.” (QS Ar-Ra’d (13): 28)

Ayat di atas menjelaskan keadaan manusia menurut Islam, yaitu manusia yang beriman akan merasakan hati menjadi tenteram dengan mengingat Allah swt. Cara tersebut juga dapat dilakukan oleh ODHA agar hati menjadi lebih tenang dalam menghadapi penyakit dan cobaan hidup. Kemampuan ODHA untuk memahami yang dialami menunjukkan bagaimana gambaran kebermaknaan hidup ODHA. Kebermaknaan hidup dicapai ketika ODHA mampu menemukan makna hidup yaitu hal yang penting dan bagian dari kehidupan seseorang yang dapat memberikan nilai bagi seseorang sehingga dapat menentukan tujuan hidupnya.

Tujuan hidup dan makna hidup merupakan dua hal yang saling berhubungan dan akan mempengaruhi satu sama lainnya. Ryff dan Singer (dalam Cotton, 2006) mengatakan bahwa makna hidup merupakan hasil dari mengarahkan tujuan serta pencapaian tujuan dalam kehidupan. Penghayatan terhadap hidup yang dirasakan oleh ODHA akan berpengaruh terhadap rasa optimis yang dapat dimiliki ODHA.

Crumbaugh dan Maholick (dalam Koeswara, 1992) mengatakan bahwa kekurangan makna hidup merupakan kegagalan individu dalam menemukan tujuan-tujuan dalam hidupnya sehingga dapat membuat individu kehilangan semangat dalam menjalani dan menghadapi hambatan dalam hidup, termasuk hambatan dalam penemuan makna. Untuk mencapai kebermaknaan hidup dibutuhkan penerimaan diri karena dengan memiliki kesadaran untuk menerima dan memahami diri, maka individu dapat mengenali diri sendiri dan akan mempunyai keinginan untuk terus mengembangkan dirinya.

Berdasarkan fenomena dan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa makna hidup merupakan faktor penting dalam kesejahteraan ODHA, pencarian dan makna hidup yang tinggi menunjukkan keadaan psikologis yang baik. Penelitian ini dilakukan karena adanya rasa ingin tahu dari peneliti mengenai kemampuan ODHA dalam mengungkapkan pengalaman hidup, dan hal ini menjadi kelebihan tersendiri dari penelitian ini, karena tidak semua ODHA mampu mengungkapkan pengalaman hidupnya. Berdasarkan data kelompok umur yang terbanyak terkena HIV yaitu 20-39, oleh sebab itu peneliti ingin meneliti pada rentang usia tersebut dan masih aktif serta sehat secara fisik.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis mengangkat masalah mengenai gambaran kebermaknaan hidup pada penderita HIV/AIDS dengan rumusan masalah :

1. Bagaimana gambaran kebermaknaan hidup ODHA?
2. Hal apa saja yang dapat mempengaruhi kebermaknaan hidup ODHA?
3. Bagaimana gambaran kebermaknaan hidup ODHA serta tinjauannya menurut Islam?

Penelitian dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran kebermaknaan hidup pada ODHA, Mengetahui hal apa saja yang mempengaruhi kebermaknaan hidup ODHA, Mengetahui gambaran kebermaknaan hidup ODHA menurut Islam.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus yang menyelidiki fenomena dari kehidupan nyata secara detil berdasarkan berbagai sumber data yang ada. Pertimbangan menggunakan metode kualitatif adalah untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendalam mengenai gambaran pemaknaan hidup pada penderita HIV/AIDS. Oleh sebab itu, peneliti menggunakan studi kasus. Dengan studi kasus, peneliti mendapatkan pemahaman yang utuh dan holistik serta terintegrasi tentang hubungan antar fakta yang ada pada suatu kasus (dalam poerwandari, 2011)

Fokus penelitian ini adalah untuk menjawab pertanyaan mengenai gambaran pemaknaan hidup pada penderita HIV/AIDS (ODHA). Variabel dalam penelitian ini adalah kebermaknaan hidup yang merupakan sesuatu yang dimiliki individu dari makna hidup yang didapat dari memahami proses kehidupan dan mengarahkan tujuan hidup yang kemudian menjadi motivasi untuk melakukan kegiatan yang berguna.

Responden yang diambil dalam sampel penelitian ini memiliki karakteristik sebagai berikut: individu yang telah didiagnosa HIV/AIDS, ODHA yang berada pada rentang usia 20-30 tahun, rentang waktu terdiagnosa HIV/AIDS 1-5 tahun.

Cara penentuan subjek dilakukan dengan cara *snowball* sampling untuk mendapatkan gambaran dan informasi yang jelas mengenai tema tersebut di atas. Dalam penelitian ini jumlah subjek yang akan menjadi partisipan tidak ditentukan dari awal, karena pada metode penelitian kualitatif ini lebih didasarkan pada data yang diperoleh.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) yang dilakukan lebih dari satu kali pada masing-masing subyek penelitian. Data atau wawancara dengan subyek penelitian kemudian dicatat dan hasil rekamannya disimpan karena data yang akan dianalisis didasarkan atas hasil yang didapat di lapangan dan kutipan hasil wawancara (Moleong, 2005).

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara observasi, wawancara, triangulasi data dan dilakukan pencatatan selama pengumpulan data tersebut karena analisis data dilakukan berdasarkan hasil yang didapat di lapangan.

Terdapat beberapa cara untuk melakukan uji kredibilitas, salah satunya adalah dengan melakukan triangulasi data (Sugiyono, 2012). Marshall dan Rossman menjelaskan bahwa triangulasi data dilakukan dengan beberapa cara yaitu, mengambil sumber-sumber data yang berbeda, dengan cara yang berbeda, untuk mendapatkan kejelasan mengenai suatu hal (dalam Poerwandari, 2011).

Triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu triangulasi teknik. Triangulasi teknik dilakukan untuk menguji kredibilitas dengan cara memeriksa data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, salah satunya dengan kuesioner (Sugiyono, 2012). Data hasil wawancara yang telah didapat kemudian dibandingkan atau diperiksa keabsahannya dengan hasil kuesioner yang telah diperoleh.

HASIL

Kebebasan berkehendak

Subjek I merasakan penyesalan dan kesedihan karena merasa terlambat untuk menyadari perilaku yang salah yaitu menggunakan narkoba suntik, namun ia mengikhlaskan semuanya kepada Allah dan dengan mengikhlaskan itu subjek merasa mampu menjalani hidup seperti biasa lagi. Dalam bersosialisasi pun Subjek I tidak merasakan hambatan, hal tersebut karena subjek I

sudah mengetahui faktor resiko dari perilakunya dan subjek I juga memiliki keinginan untuk berubah dan bekerja sehingga hal itu mampu mendorong subjek untuk dapat bersosialisasi.

Subjek II mengalami perubahan dalam kondisi fisiknya setelah didiagnosa HIV, dimana subjek tidak mampu menjalankan aktivitas sehari-hari. Hal tersebut disebabkan oleh resistensi obat ARV yang dikonsumsi subjek II, sehingga kondisi tubuhnya sangat lemah. Perubahan terhadap kondisi kesehatannya membuat subjek merasa lebih baik lagi dari segi agama dan berani tampil untuk menjadi narasumber memberikan pengalaman-pengalaman dalam acara HIV/AIDS.

Penyakit yang dirasakan subjek III membuat subjek merasa kesal atas dirinya. Subjek III kesal karena ia sadar bahwa perbuatannya salah namun tidak berubah dari dulu. Dan rasa kekesalan itu lebih besar karena ia merasa bersalah telah menularkan virus dari dalam tubuhnya ke istrinya sehingga membuat istrinya meninggal dunia. Pengalaman ketika mengetahui dirinya tertular HIV dan mengetahui istrinya meninggal karena HIV membuat subjek mampu berfikir positif dalam menerima keadaan. Saat itu subjek III merasa dirinya harus berubah dan menganggap apa yang dialami adalah rencana dari Tuhan. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil kutipan:

“kalo negatif sih nggak ya... justru aku malah berfikir positif... yah mungkin ini rencana Tuhan buat aku... kalo aku gak gini.. yah mungkin ampe sekarang aku masih make kali ya... gitu aja... kalo berfikir yang aneh-aneh mah nggak”

Kehendak Hidup Bermakna

Keinginan subjek I untuk dapat berubah ditunjukkan oleh perilaku subjek dan keinginan subjek untuk bekerja. Subjek I termotivasi untuk bekerja karena ingin membahagiakan keluarga. Selain itu subjek I juga ingin menjadi seseorang yang bermanfaat untuk orang lain, dimana subjek dapat membagikan atau *sharing* pengalamannya kepada ODHA atau orang lain.

“ya seperti yang saya bilang tadi... pengen ngebahagiain istri dan orang tua... nah saya juga kerja di sini kan dapat berbagi lah sama orang lain... ya saling sharing pengalaman, ngasih informasi, ngajak orang supaya gak make narkoba lagi... ya Alhamdulillah banget saya kerja di sini jadi bisa bermanfaat juga buat orang lain... gitu aja sih...”

Keinginan untuk dapat berbagi kepada orang lain supaya tidak ada orang yang terkena HIV dan bernasib sama dengannya merupakan salah satu hal yang ingin diwujudkan subjek II di dalam hidupnya

“cari uang... (tertawa) yah buat nambah pengalaman aja... kalo di sini kan kita bisa berbagi ke orang lain supaya tidak ada orang yang terkena HIV lagi... gitu... jadi kalo sekarang sih arti bekerja buat aku yah supaya gak ada orang yang bernasib sama seperti aku...”

Semua yang telah dilalui subjek II dalam hidupnya setelah mengetahui dirinya didiagnosa HIV, membuat subjek melihat dirinya jauh lebih baik dan membuang sifat jeleknya dan belajar dari cobaan yang dialami.

Makna hidup

Dengan kondisi penyakit yang diderita saat ini, subjek I merasa dirinya lebih bermanfaat dibandingkan dengan yang dulu, dan apa yang dialami saat ini juga dianggap sebagai peringatan sekaligus anugerah dari Allah swt supaya ia dapat meninggalkan perilaku buruknya dan bersikap lebih sehat.

“maknanya? Hmm...saya bisa menjadi orang yang lebih bermanfaat, gak kayak dulu hancur (tertawa)”

“yah mungkin saya bisa meninggal kali yah.. tapi sekarang saya masih bisa hidup, jadi saya nganggepnya sebagai peringatan aja...warning...kalo gua make terus gua bakalan kayak apa... trus sekarang jadi lebih berperilaku sehat aja... gak ngerokok... yah bersyukur juga... anugerah lah...”

Pemahaman subjek I terhadap penyakitnya tersebut membuat subjek merasa lebih optimis terhadap hidupnya, untuk dapat membahagiakan keluarga dan merasa kehidupannya saat ini sudah cukup.

Dengan berbagai hal dan pengalaman yang dirasakan subjek II setelah didiagnosa HIV/AIDS, ia mampu menerima kondisinya karena ia merasa apa yang ia alami adalah buah dari perbuatan di masa lalu.

“yah aku sih nerima aja... yah mau diapain lagi mungkin tuhan punya rencana lain... aku mikirnya apa yang aku lakukan itu yang aku tuai... itu aja.. aku gak yang...”

Dengan adanya penyakit yang diderita saat ini, subjek II merasa bersyukur karena ia merasa jika tidak menderita sakit yang dialami saat ini, maka ia tidak bisa memperbaiki dirinya. Dalam menjalani kehidupan sekarang, subjek III memaknai kehidupannya sebagai kehidupan kedua yang diberikan Allah swt jadi harus dimanfaatkan kesempatan yang ada saat ini.

Hasil Uji Kredibilitas

Uji kredibilitas dilakukan dengan menggunakan alat ukur kebermaknaan hidup berupa kuesioner yang disebarkan kepada 30 orang lainnya. Partisipan tersebut merupakan ODHA dengan jenis kelamin laki-laki dan terkena HIV, karena penggunaan narkoba jenis suntik atau seks bebas. Pembatasan kriteria tersebut dilakukan agar hasil yang di dapat relevan dengan kriteria subjek yang di dapat sebelumnya.

Hasilnya menunjukkan rata-rata ke 30 orang subjek tersebut yaitu 135,8667, dan dari rata tersebut hanya 6 orang subjek yang berada di bawah rata-rata. Dengan hasil tersebut menunjukkan bahwa partisipan yang memiliki kriteria yang sama dengan subjek dalam penelitian ini memiliki nilai kebermaknaan hidup. Kebermaknaan hidup tersebut dilihat dari 3 aspek di atas yang juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti informasi yang dimiliki ODHA mengenai perilaku beresiko dan HIV, dukungan sosial dan pola asuh orang tua.

Temuan Lain

Informasi Mengenai HIV

Dalam penelitian ini diketahui bahwa ketiga subjek mampu menerima kondisi dan statusnya karena mereka telah memiliki informasi mengenai HIV sehingga mereka tahu bagaimana cara agar tidak menularkan ke orang lain dan apa yang harus dilakukan oleh seorang ODHA ketika didiagnosa HIV, dan mereka juga telah mengetahui resiko dari perilaku mereka.

Penerimaan terhadap kondisi dan status itu sendiri sangat penting, karena dengan mampu menerima kondisi dan statusnya maka ODHA dapat kembali ke kehidupannya seperti semula dan dapat *survive* di lingkungan.

Dukungan Sosial

Untuk dapat menjalankan hidupnya dengan lebih baik, seorang ODHA membutuhkan dukungan sosial baik itu dari keluarga, teman maupun masyarakat. Ketiga subjek menyatakan bahwa mereka menjadi lebih bahagia dan bersemangat dalam menjalani kehidupan karena mendapatkan dukungan dari keluarga.

Pola asuh Orang Tua

Dalam penelitian ini, berdasarkan hasil wawancara ketiga subjek ditemukan bahwa ketiga subjek merasa cara pengasuhan dan peraturan yang dibuat oleh ayah mereka sangat keras dan “protektif”. Sementara itu, ketiga subjek merasa cara pengasuhan dari ibu lebih bersikap lembut. Namun sikap keras yang ditunjukkan orang tua subjek hanya pada peraturan atau pengawasan di rumah, sehingga ketika subjek berada di luar rumah maka mereka merasa bebas dalam melakukan apapun.

DISKUSI

subjek dalam menerima diri dan keadaan saat ini dipengaruhi oleh pemikiran subjek sendiri yang telah menyadari risiko perbuatan sebelumnya dan mengambil hikmah dari apa yang dialami. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Steger et al. (2009) yang menyebutkan bahwa pencarian makna ditandai dengan keterbukaan pikiran dan berpikir reflektif yang dapat mempengaruhi cara orang mengevaluasi pengalaman mereka.

Pernyataan Baumeister dan Vohs (2005) mengatakan jika individu tidak memiliki makna dalam hidup, maka individu tersebut tidak dapat mencapai kebahagiaannya. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa individu yang memiliki makna dalam hidupnya menunjukkan kebahagiaan, kepuasan hidup dan mampu mengurangi kecemasan terhadap kesehatannya (Steger et al. 2008; Park et al. 2010; Westerhof et al. 2010; Steger et al. 2009). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini, dimana ketiga subjek dapat beraktifitas dan menjaga makanan, teratur minum obat, menerima dan memaknai penyakit serta statusnya sebagai ODHA dapat berdampak pada penilaian ODHA terhadap hidupnya yaitu merasa bahagia dan optimis.

Steger dan Kashdan (2007) menyatakan bahwa jika seseorang merasakan ketidakbermaknaan dalam hidupnya, maka individu tersebut harus di motivasi untuk memperoleh makna hidupnya karena proses pencarian makna hidup ini adalah proses yang dinamis. Untuk mencapai kebermaknaan individu akan menerapkan sistem nilai mereka sendiri dan kemudian diarahkan oleh motivasi intrinsik mereka untuk mencapai tujuan mereka (Reker, 2000). Hasil penelitian ini menunjukkan suatu proses pemaknaan dalam hidup yang dilakukan oleh ODHA, dimana ODHA memiliki motivasi yang berasal dari diri sendiri yaitu berupa keinginan untuk berubah dan hidup lebih baik serta termotivasi karena adanya dukungan sosial dari keluarga. Motivasi-motivasi yang dimiliki ODHA tersebut kemudian mempengaruhi tujuan hidup yang ingin dicapai ODHA. Dan proses tersebut akan terus ada sepanjang rentang kehidupan (Steger dan Kashdan, 2007)

Fava dan Ruini (2003) menjelaskan bahwa unsur yang berkaitan dengan makna diri adalah pengaktualisasian diri. Dalam penelitian ini, subjek menunjukkan pengaktualisasian dirinya dengan memenuhi segala kebutuhannya dan keluarga kemudian mengetahui tujuan

hidup, dan hal tersebut disalurkan oleh subjek dengan bekerja, karena subjek merasa dengan bekerja ia dapat memenuhi semua kebutuhannya dan keluarga dan dengan memenuhi kebutuhan tersebut subjek merasakan kebahagiaan bersama keluarganya

Pengalaman-pengalaman yang dilalui ODHA baik itu sebelum maupun setelah didiagnosa dapat berpengaruh terhadap persepsi diri dan perubahan dalam perilaku, terutama yang berhubungan dengan kesehatan. Hal tersebut juga didukung oleh hasil pembahasan Calhoun dan Tedeschi (2006) yang berpendapat bahwa dengan mengingat kematian dan pengalaman tragis dapat merubah persepsi terhadap dirinya, memiliki hubungan yang lebih baik dan perubahan dalam tujuan atau makna hidup. Hal tersebut juga dirasakan oleh ketiga subjek penelitian yang merasakan dirinya lebih baik dan hubungan sosialisasi yang lebih baik dibandingkan dengan kondisi sebelum didiagnosa HIV/AIDS.

Dalam penelitian ini dapat dilihat bahwa pola asuh orang tua berpengaruh terhadap perilaku penggunaan narkoba pada anak. Subjek I (AN) dan subjek III (A) memiliki orang tua yang keras dan protektif, namun gaya pengasuhan seperti itu tidak menghalangi anak untuk mengkonsumsi narkoba. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan Montgomery et. All (2008) yang menunjukkan bahwa pola asuh orang tua yang *permissive* lebih beresiko terhadap penggunaan narkoba pada anak dibandingkan orang tua yang *protective*.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian ini didapatkan gambaran khusus dari ODHA dalam memaknai kehidupannya sekarang. Ketiga subjek merasa kehidupan sekarang lebih baik dibandingkan dengan kehidupan sebelumnya, dimana subjek memiliki pengalaman masa lalu yang tidak jauh dari narkoba dan seks bebas. Selain itu, subjek juga merasa saat ini sudah mampu mencari nafkah dan membiayai kehidupan keluarga serta lebih peduli dengan keluarga. Selain itu yang menjadi arti penting dalam diri ODHA yaitu adanya keinginan untuk berbagi kepada orang lain. Keinginan untuk berbagi tersebut muncul karena ODHA tidak mau ada orang lain yang tidak terkena HIV menjadi penderita HIV akibat ketidaktahuannya, dan bagi yang sudah didiagnosa HIV mampu menerima diri dan penyakitnya sehingga dapat hidup lebih baik seperti yang dirasakan oleh ketiga subjek penelitian ini.

Subjek dapat merasakan kebebasan berkehendak, dimana subjek dapat menentukan apa yang akan ia lakukan, serta menentukan sikap atas kondisi kesehatannya. Ketiga subjek menunjukkan kebermaknaan hidup dalam bentuk perilaku serta keinginan untuk berbagi kepada sesama ODHA maupun orang lain agar tidak ada yang terkena HIV/AIDS. Kejadian-kejadian yang telah dialami ODHA serta harapan yang ia miliki mempengaruhi bagaimana ODHA memaknai hidupnya.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa ODHA yang memiliki informasi mengenai HIV/AIDS bahkan terhadap resiko perilakunya berpengaruh terhadap penerimaan diri ODHA terhadap status penyakitnya. ODHA yang tertular melalui perilaku beresiko serta memiliki informasi mengenai HIV/AIDS akan lebih mudah dalam menyesuaikan diri serta dapat menerima penyakitnya dengan lebih cepat.

ODHA juga menyadari apa yang menyimpannya adalah akibat kesalahan sendiri, dan mereka menganggap hal tersebut ujian dari Allah swt agar mereka menjadi manusia yang lebih baik. Allah swt juga menjelaskan bahwa bagi orang-orang yang menyadari kesalahannya dan memohon ampunan kepada Allah swt maka Allah swt akan mengampuni dosanya. Sebagaimana yang dijelaskan dalam firman Allah swt.

وَالَّذِينَ إِذَا فَعَلُوا فَاحِشَةً أَوْ ظَلَمُوا أَنْفُسَهُمْ ذَكَرُوا اللَّهَ فَاسْتَغْفَرُوا لِذُنُوبِهِمْ وَمَنْ يَغْفِرُ
الذُّنُوبَ إِلَّا اللَّهُ وَلَمْ يُصِرُّوا عَلَىٰ مَا فَعَلُوا وَهُمْ يَعْلَمُونَ {135} أُولَٰئِكَ جَزَاءُهُمْ
مَغْفِرَةٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَجَنَّاتٌ تَجْرِي مِن تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ خَالِدِينَ فِيهَا وَنِعْمَ أَجْرُ الْعَامِلِينَ
{136}

Artinya : Dan (juga) orang-orang yang apabila mengerjakan perbuatan keji atau menganiaya diri sendiri mereka ingat akan Allah, lalu memohon ampun terhadap dosa-dosa mereka dan siapa lagi yang dapat mengampuni dosa selain dari pada Allah - Dan mereka tidak meneruskan perbuatan kejinya itu, sedang mereka mengetahui. (QS. 3:135) Mereka itu balasannya ialah ampunan dari Rabb mereka dan surga yang di dalamnya mengalir sungai-sungai, sedang mereka kekal di dalamnya; dan itulah sebaik-baik pahala orang-orang yang beramal. (QS. Ali-Imran (3):136)

Allah swt juga menjelaskan bahwa ketika berada atau memiliki masalah, maka bangkitlah dari keterpurukan dan yakin akan mampu melaluinya dengan terus berserah diri kepada Allah swt dan meninggalkan segala perbuatan dosa. Sebagaimana yang dijelaskan dalam firman Allah swt

يَا أَيُّهَا الْمُدَّثِّرُ {1} قُمْ فَأَنْذِرْ {2} وَرَبَّكَ فَكَبِّرْ {3} وَثِيَابَكَ فَطَهِّرْ {4} وَالرُّجْزَ فَاهْجُرْ
{5} وَلَا تَمْنُنْ تَسْتَكْثِرُ {6} وَلِرَبِّكَ فَاصْبِرْ

Artinya: Hai orang yang berkemul (berselimut), bangunlah, lalu berilah peringatan! dan Rabbmu agungkanlah, dan pakaianmu bersihkanlah, dan perbuatan dosa (menyembah berhala) tinggalkanlah, dan janganlah kamu memberi (dengan maksud) memperoleh (balasan) yang lebih banyak, Dan untuk (memenuhi perintah) Rabbmu, bersabarlah. (QS. Al Muddatstsir (74):7)

Dengan berserah diri dan bersabar atas apa yang dialami, maka individu akan dapat menghayati kehidupannya sehingga mencapai kebermaknaan hidup dan hidup dengan bahagia.

SARAN

Bagi orang-orang terdekat ODHA seperti istri, anak, orang tua, teman dan lainnya diharapkan untuk terus memberi dukungan serta informasi kepada ODHA. Karena dengan begitu ODHA tidak akan merasa terkucilkan atau kesendirian dan mampu menemukan cara untuk dapat menghayati kehidupannya. Sementara itu subjek diharapkan untuk lebih aktif dalam melakukan kegiatan yang disenangi agar terhindar dari pikiran-pikiran negatif yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan dan kehidupan subjek.

Untuk LSM juga diharapkan untuk dapat melakukan kegiatan sosialisasi dan pemberian informasi kepada semua kalangan termasuk kalangan yang beresiko tertular HIV sebagai bentuk pencegahan dini. LSM juga disarankan untuk lebih sering mengadakan pertemuan atau *focus group discussion* agar ODHA dapat saling *sharing* pengalaman dan termotivasi untuk meraih kehidupan yang bermakna.

Penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti subjek yang lebih luas, misalnya subjek yang tertular bukan karena perilaku beresiko atau subjek yang belum tergabung dalam suatu

lembaga, sehingga akan memperkaya dan memperluas hasil penelitian mengenai HIV/AIDS. Selain itu, penelitian selanjutnya juga dapat melanjutkan penelitian terkait hal-hal atau temuan yang belum dibahas dalam penelitian ini, misalnya pengaruh pola asuh orang tua terhadap perilaku beresiko pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an Tajwid dan Terjemahannya. Departemen Agama RI. (2006). Jakarta : PT Syaamil Cipta Media
- Albery, P. I., & Munafo, M. (2011). *Psikologi Kesehatan: Panduan Lengkap dan Komprehensif bagi studi Psikologi Kesehatan*. Yogyakarta: PT PallMall
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine* , 48, 977–988
- Ancok, D. (2004). *Psikologi islam : Solusi Islam atas problem-problem psikologi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Azwar, S. (2003). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Battista, J. & Almond, R. (1973). The Development Of Meaning In Life. *Psychiatry*, Vol. 36, 409-427.
- Bastaman, H. D. (2007). *Logoterapi : Psikologi Untuk Menemukan Makna Hidup Dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Bastaman, H. D. (1996). *Meraih Hidup Bermakna: Kisah Pribadi Dengan Pengalaman Tragis*. Jakarta: Paramadina
- Black, J.M & Hawks, J.H. (2008) Medical Surgical Nursing: Clinical Management For Positive Outcomes. *Sanders*.
- Campton, W. C. (2005). *An Introduction To Positive Psychology*. New York: Thomson Wadsworth.
- Carter, M. (2002). Depression and HIV/AIDS. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (4), 825-834.
- Ciambrone, D. (2002). Informal networks among women with HIV/AIDS: Present support and future prospect. *Qualitative health research*. 12 (7), 876-896.
- Cohen, K., & Cairns, D. (2011). Is Searching for Meaning in Life Associated With Reduced Subjective Well-Being? Confirmation and Possible Moderators. *Springer Science Business Media*.
- Cotton, S., Tsevat, J., Szaflarski., et. All. (2006). Changes In Religiousness And Spirituality Attributed To HIV/AIDS: Are There Sex And Race Differences. *J. Gen Intern Med*, Vol. 5, 14-20.
- Cotton, S., Puchalski, C.M., Sherman, S.N., Dkk. (2006). Spirituality And Religion In Patients With HIV/AIDS. *J. Gen Intern Med*, Vol. 5, 5-13.
- Debats, D. L. (1996). Meaning In Life: Clinical Relevance And Predictive Power. *British Journal Of Clinical Psychology*, Vol. 35, 503–516.
- Debats, D. L., Van Der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. A. (1993). On The Psychometric Properties Of The Life Regard Index (LRI): A Measure Of Meaningful Life. *Personality And Individual Differences*. Vol. 14, 337 – 345.
- Depkes RI. (2007). Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Panduan Tatalaksana Klinis Infeksi HIV pada orang Dewasa dan Remaja Edisi Kedua*. (on line)
- Depkes RI. (2006). Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*. <http://www.depkes.go.id/downloads/Situasi%20HIVAIDS%202006.pdf>. Diakses Tanggal 5 Januari 2013

- Depkes RI. (2012). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS Triwulan III Tahun 2012*. (On-Line)<http://Depkes.Go.Id/Index.Php/Berita/Press-Release/2186-Perkembangan-Hiv-Aids-Di-Indonesia-Triwulan-Iii-Tahun-2012.Html>. Diakses Tanggal 5 Januari 2013
- Djoerban, Z. 1999. *Membidik AIDS: ikhtiar memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta, Galang press.
- Feist & Feist. (2008). *Theories Of Personality*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Green. & Setyowati. (2009). *Terapi Penunjang*. Yogyakarta: Yayasan Surviva Paski
- Halim. & Atmoko, 2005. Hubungan Antara Kecemasan Akan HIV/AIDS Dan Psychological Well-Being Pada Waria Yang Menjadi Pekerja Seks Komersial. *Jurnal Psikologi*, 15, 1, 17-31.
- Hawari, D. (2006). *Global effect HIV/AIDS: Dimensi Psikoreligi*. Jakarta: FK UI.
- Hjelle, L. A. & Ziegler, D. S. (1981). *Personality Theories : Basic Assumptions, Researsch, And Application*. Tokyo : Mc Graw Hill Inc .
- IYW. (2005). *Pengaruh dukungan keluarga terhadap perubahan respons sosial-emosional pasien HIV/AIDS*. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Kennedy. & Liewelyn. (2006). *Clinical Health Psychology*. England: West Sussex.
- Koeswara, E. (1992). *Logoterapi: Psikoterapi Victor Frankl*. Yogya: Kanisius.
- Kumar, V., Cotran, R.S., Robbins, S.L. (2003). *Robbins Basic athology (7th ed)*. Philadelphia: WB Saunders.
- Leavell, H.R., Clark, E.G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community (3rd ed)*. And twenty three contributors.
- Mallory, C., Miles, M.S., Davis, D.H. (2002) *Reciprocity and retaining African-American women with HIV in research*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Martono, L.H., Joewanna, S. (2006). *Peran Orang Tua Mencegah Narkoba*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Mckee, Neill Et. All. (2008). *Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV Dan AIDS di Indonesia*. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Meita. (2006). *Peranan faktor internal dan eksternal dalam pemilihan strategi coping stress odha dewasa muda*. Universitas Indonesia, Depok.
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Montgomery, C. Et. All. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: the importance of parental warmth and control. *Informa healthcare*, vol 27, hal 640-649.
- Morgan, G., Hamilton, C. (2003). *Practice guidelines for obstetrics and Gynecology, 2nd ed*. Philadelphia: Lippincott Williams and walkins.
- Morgan, Jessica & Farsides, T. (2009). Measuring Meaning In Life. *J Happiness Stud*, 10, 197-214.
- Muhadjir, N. (1996). *Metode Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta : Rake Sarasin
- Muhammad, H., Wahid, M., Kodir, F.A. (2008). *Fiqh HIV & AIDS: Pedulilah Kita?*. Jakarta: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI).
- Murni, S., Green, W., Okta, S., Setyowati, S. (2009). *Pasien Berdaya*. Jakarta: Pelangi Grafika Rancang Media.
- Nasronudin. (2007). *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nursalam., K. (2007). *Asuhan Keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Penerbit Salemba.

- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. New York: Mc Graw Hill Open University Press .
- O'Neill et al. (2003). *A Clinical Guide to Supportive and Palliative care for HIV/AIDS*. USA: Department of Health and Human Service.
- Poerwandari, E.K. (2011). *Pendekatan Kualitatif Untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran Dan Pendidikan Psikologi (LPSP3), UI.
- Rimayati, A. (2010). *Hubungan kebermaknaan hidup dengan penerimaan diri pada orang tua yang memasuki masa lansia*. Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim, Malang.
- Rohmah, F. A. 2004. Pengaruh Pelatihan Harga Diri terhadap Penyesuaian Diri pada Remaja. *Humanitas : Indonesian Psychological Journal*. Vol. 1 No. 1. Hal 53-63
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness And Human Potentials: A Review Of Research On Hedonic And Eudaimonic Well-Being. *Annual Review Of Psychology*, Vol. 52, 141–166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, Or Is It? Explorations On The Meaning Of Kesejahteraan psikologis. *Journal Of Personality And Sosial Psychology*, 57, 1069–1081.
- Santoso, G.A. & Royanto, L.R.M.. (2009). *Teknik Penulisan Laporan Penelitian Kualitatif*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran Dan Pendidikan Psikologi (LPSP3), UI.
- Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 5th .
- Satyaningtyas, R. (2010). *Penerimaan diri dan kebermaknaan hidup penyandang cacat fisik*. Universitas Mercu Buana, Yogyakarta
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan Mental 1*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sherman, D.W. (2000). Experiences of AIDS – dedicated nurses in alleviating the stress of AIDS caregiving. *Journal of Advanced nursing*. 31 (6), 1501-1508.
- Siregar, F.A. (2005). *AIDS dan Upaya Penanggulangannya di Indonesia*. USU Digital Library.
- Spiritia. (2013). <http://spiritia.or.id/Dok/pedomanari2.pdf>. Diakses Tanggal 5 Januari 2013.
- Sprangers, M.A., & Schwartz, G.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science and Medicine* , 48, 1507– 1515.
- Stewart, G. (1997). *Managing HIV (1st ed.)*. Sydney: Australian Medical publishing company.
- Suwarti. 2004. Hubungan Antara Penerimaan Diri dan Hubungan Interpersonal pada Lanjut Usia. *Insight*. 2, (2), Hal 80-89
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan kombinasi (mixed combination)*. Bandung: Alfabeta.
- UNAIDS. (2008). UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp Diakses tanggal 20 januari 2013
- Vosvick, M.et al. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with stress of living with HIV/AIDS. *Journal Psychosomatic*. 44, 51-58.
- Weiss, G.L., Lonnquist, L.E. (1996). *The Sociology of Health, Healing, and Illness*. New Jersey: Prentice Hill, Upper Saddle River
- WHO. (2005). *Interim Who Clinical Staging Of Hiv/Aids And Hiv/Aids Case Definitions For Surveillance For Africa Region*. Switzerland. WHO Publication
- Qindil, A.M. (2008). *Berobat dengan Al Qur'an : Terapi Preventif, Kuratif, & Ruhani dalam Al-Qur'an*. Jakarta: Irsyad Baitus Salam.
- Zein, U.H. (2007). *111 Pertanyaan Seputar HIV/AIDS Yang Perlu Anda Ketahui*. USU Press, Medan.

- Zuhroni. (2010). *Pandangan Islam Terhadap Masalah Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Bag. Agama Univ. YARSI.
- (2013). HIV/AIDS Mulai Menyerang Usia Produktif. [Http://Nasional.Kompas.Com/Read/2011/05/20/15173896/HIV/AIDS.Mulai.Menyerang.Usia.Produktif](http://Nasional.Kompas.Com/Read/2011/05/20/15173896/HIV/AIDS.Mulai.Menyerang.Usia.Produktif). Diakses Pada Tanggal 10 Januari 2013.

STUDI FENOMENOLOGI: ORANG DENGAN HIV AIDS (ODHA) DALAM MENJALANI *SELF-DISCLOSURE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BONGAS

Wenny Nugrahati Carsita¹, Indah Winarni², Retno Lestari³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Indramayu

²Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya

³Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

HIV AIDS merupakan salah satu masalah terbesar bagi tenaga kesehatan maupun pemberi perawatan lainnya. Pada ODHA, tidak hanya mengalami penderitaan fisik karena proses penyakit, melainkan juga penderitaan psikososial yang disebabkan *self-disclosure*. Orang dengan HIV AIDS (ODHA) sering dihadapkan pada kondisi yang rumit untuk mengungkapkan atau menyembunyikan kondisi penyakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi makna pengalaman ODHA dalam menjalani *self-disclosure*. Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam pada 7 ODHA yang memiliki pengalaman mengungkapkan status HIV, gejala penyakit dan faktor resiko kepada petugas kesehatan. Hasil penelitian dianalisis dengan metode Van Manen. Sepuluh tema telah teridentifikasi dalam penelitian ini, yaitu: (1) memercayai penyakit HIV AIDS mudah menular dan menakutkan, (2) mengalami masalah kesehatan fisik, (3) mengalami penderitaan batin, (4) ingin terbebas dari penderitaan fisik dan batin, (5) mencari dukungan, (6) tergugah dengan arahan petugas kesehatan (7) memercayai penyakit HIV AIDS tidak mudah menular dan ada harapan untuk menjalani hidup, (8) mendapat saran untuk terus berobat, (9) merasa terbebas dari tekanan, (10) melakukan kegiatan untuk meningkatkan kualitas hidup. Pengalaman ODHA dalam menjalani *self-disclosure* merupakan proses yang tidak mudah. Keseluruhan proses yang dilalui oleh ODHA seperti mengalami masalah kesehatan fisik dan penderitaan batin, hingga muncul sebuah harapan dan ODHA memutuskan untuk mencari dukungan, memahami penyakit HIV AIDS, menjalani pengobatan dan melakukan kegiatan untuk meningkatkan kualitas hidup dapat diinterpretasikan bahwa makna pengalaman ODHA dalam menjalani *self-disclosure* adalah dari keterpurukan menyandang ODHA menuju peningkatan kualitas hidup.

Kata Kunci: studi fenomenologi, ODHA, menjalani *self-disclosure*, Puskesmas

Abstract

HIV AIDS is one of the biggest problems for health workers and other care givers. In people living with HIV AIDS (PLWHA), not only suffered physically because of the disease process, but also the psychosocial suffering caused *self-disclosure*. PLWHA are often faced with the tricky conditions to reveal or hide the disease condition. The aim of this study is to explore the meaning of the experience of PLWHA in undergoing *self-disclosure*. This study used a qualitative research design using interpretive phenomenological approach. Data were collected by in-depth interviews in 7 PLWHA who have experience reveals HIV status, symptoms of the disease and risk factors to health workers. The results were analyzed by Van Manen method. Ten themes were identified in this study namely: (1) trust the HIV disease AIDS is contagious and scary, (2) experiencing physical health problems, (3) experiencing mental suffering, (4) want to be free from physical and mental suffering, (5) seeking support, (6) intrigued by the direction of health workers, (7) trust the HIV AIDS disease is not contagious and there is hope to live, (8) got a suggestion to continue treatment, (9) feel free from pressure, and (10) conducting activities to improve the quality of life. PLWHA experience in undergoing *self-disclosure* is a process that is not easy. The entire process undergone by PLWHA such as experiencing physical health problems and mental suffering, until emerged as a hope and PLWHA decided to seek support, understood HIV AIDS disease, conducting treatment, and conducting activities to improve the quality of life can be interpreted from adversity bear PLWHA towards improving the quality of life.

Keywords: Study phenomenology, PLWHA, undergoing *self-disclosure*, community health center

Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol: 4, No. 2; Korespondensi : Wenny Nugrahati Carsita. Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Indramayu, Alamat: Jl. Wirapati Sindang Indramayu 45222. No. telp: (0234) 272020. Email: wennynugraha16@gmail.com

PENDAHULUAN

HIV AIDS merupakan salah satu masalah terbesar bagi tenaga kesehatan maupun pemberi perawatan lainnya. Pada ODHA, tidak hanya mengalami penderitaan fisik karena proses penyakit, melainkan juga penderitaan pada fungsi psikososial. Pada ODHA, tidak hanya mengalami penderitaan fisik karena proses penyakit, melainkan juga penderitaan psikososial yang disebabkan *self-disclosure* (Chaudoir *et al.*, 2011).

Orang dengan HIV AIDS (ODHA) sering dihadapkan pada kondisi yang rumit apakah harus mengungkapkan atau menyembunyikan kondisi penyakit. Menyembunyikan kondisi penyakit dapat mengakibatkan penderitaan batin yang dirasakan sangat menyiksa karena beban menjaga rahasia (Rouleau *et al.*, 2012). Di sisi lain, mengungkapkan kondisi penyakit juga dapat menimbulkan permasalahan seperti penolakan (Chaudoir *et al.*, 2011). Menurut Devito (2013) salah satu faktor yang mempengaruhi individu melakukan pengungkapan adalah siapa pendengar yang akan diberikan informasi, sehingga *self-disclosure* cenderung dilakukan kepada orang yang dianggap dapat dipercaya, dekat, dan disukai. Hua *et al.* (2014) mengungkapkan *self-disclosure* pada ODHA biasanya dilakukan hanya kepada orang yang dianggap dipercaya dan mampu memberikan perawatan salah satunya adalah petugas kesehatan.

Rasa percaya bahwa petugas kesehatan dapat memberikan pengobatan dan perawatan yang diperlukan merupakan salah satu alasan ODHA memiliki keharusan untuk melakukan *self-disclosure* (Stutterheim *et al.*, 2014). ODHA juga memercayai bahwa petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang luas tentang penyakitnya, sehingga tidak akan memberikan reaksi negatif (Chen *et al.*, 2007; Stutterheim *et al.*, 2016). Selain itu, umumnya *self-disclosure* dilakukan oleh ODHA dengan mempertimbangkan keuntungan dan kerugian. Keuntungan *self-disclosure* telah banyak diungkapkan di antaranya membantu ODHA mendapatkan dukungan, kesehatan fisik dan mental yang lebih baik, dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan ARV (Stutterheim *et al.*, 2016). *Self-disclosure* juga dilaporkan dapat memberikan kesempatan ODHA untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan, meningkatkan kepercayaan diri, serta menjadi komponen penting dalam membangun hubungan ODHA dengan petugas kesehatan (Chaudoir & Fisher, 2010).

Self-disclosure merupakan proses yang sulit dan menantang (Arrey *et al.*, 2015). Perasaan takut mendapatkan penilaian negatif merupakan salah satu alasan ODHA tidak melakukan *self-disclosure* (Bird & Voisin, 2013). Ketakutan tersebut mengakibatkan ODHA menunda atau menghindari

pengobatan (Stutterheim *et al.*, 2014). Ketakutan tersebut juga berdampak pada psikologis ODHA dimana ODHA merasa tidak layak mendapatkan perawatan dan motivasi untuk sehat berkurang (Rahmati-Najarkolaei *et al.*, 2010). Hal tersebut tentu akan berpengaruh terhadap perburukan kondisi kesehatan yang dapat mempercepat kematian ODHA. Oleh karena itu, *self-disclosure* adalah penting sebagai langkah awal ODHA memperoleh pengobatan dan mengetahui informasi tentang penyakit dari gejala, cara penularan serta faktor resiko. Selain itu, *self-disclosure* juga membantu petugas kesehatan mengetahui jumlah penderita HIV yang belum terdeteksi, sehingga baik ODHA maupun petugas kesehatan dapat membantu pencegahan penularan HIV (Arrey *et al.*, 2015).

Pada tahun 2012, Kabupaten Indramayu memiliki jumlah kasus HIV/AIDS terbanyak di Provinsi Jawa Barat yaitu 451 kasus (Bidang PLPP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2012). Untuk mengatasi penyebarannya, beberapa Puskesmas dan Rumah Sakit telah disediakan fasilitas untuk memberikan layanan dasar HIV dan IMS di antaranya adalah Puskesmas Bongas (Lilis, 2015). Petugas kesehatan di Puskesmas Bongas mengungkapkan kadang mengalami kesulitan untuk membantu ODHA melakukan *self-disclosure* karena ODHA menolak kehadiran

petugas kesehatan. Selain itu, petugas kesehatan juga merasa tidak enak hati karena permasalahan HIV AIDS dianggap topik yang sensitif. ODHA yang menutup diri dari petugas kesehatan, tidak mau menerima keadaan, dan tidak mau menjalani pengobatan biasanya mengalami perburukan kondisi kesehatan dan meninggal.

Beberapa penelitian telah banyak mengungkapkan pengalaman *self-disclosure* kepada selain petugas kesehatan. Namun, masih sedikit ditemukan penelitian yang mengeksplorasi pengalaman ODHA menjalani *self-disclosure* kepada petugas kesehatan. Hasil penelitian sebelumnya belum mengeksplorasi pengalaman ODHA secara lengkap melainkan terbatas pada pengalaman perspektif ODHA tentang pengungkapan. Oleh karena itu, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengalaman ODHA menjalani *self-disclosure* untuk memperoleh gambaran pengalaman ODHA secara detail. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi makna pengalaman ODHA dalam menjalani *self-disclosure* di wilayah kerja Puskesmas Bongas.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi interpretif (Streubert, & Carpenter, 2011). Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Bongas Kabupaten

Indramayu. Jumlah partisipan dalam penelitian ini adalah 7 (tujuh) partisipan. Partisipan dalam penelitian ini adalah ODHA yang memiliki pengalaman mengungkapkan status HIV, gejala penyakit dan faktor resiko kepada petugas kesehatan, mampu mengungkapkan pengalamannya secara detail, dan bersedia menjadi partisipan. Ketujuh partisipan dipilih dengan cara peneliti berdiskusi dengan petugas kesehatan untuk mengidentifikasi ODHA yang dapat memenuhi kriteria tersebut. Pada awal identifikasi, peneliti dan petugas kesehatan memperoleh lima belas partisipan, namun terdapat satu partisipan menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian, dua partisipan sedang bekerja di luar kota, dan satu partisipan sedang menjalani tes lanjutan di rumah sakit. Saat melakukan wawancara, dari ketujuh partisipan sudah tidak ditemukan lagi variasi data sehingga peneliti memutuskan untuk tidak melibatkan partisipan selanjutnya dalam pengambilan data.

Sebelum melakukan wawancara peneliti dengan didampingi petugas kesehatan mendatangi rumah partisipan untuk memperkenalkan diri, menjelaskan, tujuan, dan manfaat penelitian. Kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat sesuai dengan kesepakatan dari partisipan. Kemudian peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan teknik *in depth interview* selama 30 – 60 menit di rumah

partisipan. Hasil penelitian dianalisis dengan metode Van Manen melalui tiga pendekatan yaitu holistik, selektif, dan rinci. Penelitian ini telah mendapatkan rekomendasi persetujuan etik oleh Komite Etik Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

HASIL

Hasil penelitian diperoleh sepuluh tema yaitu: (1) mempercayai penyakit HIV AIDS mudah menular dan menakutkan, (2) mengalami masalah kesehatan fisik, (3) mengalami penderitaan batin, (4) ingin terbebas dari penderitaan fisik dan batin, (5) mencari dukungan, (6) tergugah dengan arahan petugas kesehatan (7) mempercayai penyakit HIV AIDS tidak mudah menular dan ada harapan untuk menjalani hidup, (8) mendapat saran untuk terus berobat, (9) merasa terbebas dari tekanan, (10) melakukan kegiatan untuk meningkatkan kualitas hidup.

Tema 1: Memercayai penyakit HIV AIDS mudah menular dan menakutkan

Penyakit HIV AIDS dipercaya oleh partisipan sebagai penyakit yang mudah menular dan menakutkan. Tema ini disusun dari dua sub tema yaitu mudah ditularkan dan mengancam keselamatan jiwa.

Sub tema mudah ditularkan diungkapkan oleh partisipan sebagai penyakit yang mudah ditularkan kepada orang lain melalui kontak biasa. Hal tersebut didukung oleh pernyataan

partisipan sebagai berikut:

P1: Ya kan wong awam ya, pertama weruh mengkonon jare sing ya baka nempel bae gah nular, kan lagi pertama kan ya kita gah wedi (Ya kan orang awam ya, pertama tahu itu katanya yang kalau nempel saja menular, kan waktu pertama saya juga takut)”

Sub tema kedua adalah mengancam keselamatan jiwa. Mengancam keselamatan jiwa diungkapkan oleh partisipan sebagai sesuatu yang menyebabkan penderitaan berkepanjangan. Penderitaan berkepanjangan diungkapkan partisipan sebagai sesuatu yang menyeramkan, tidak ada penyelesaian, ungkapan ketakutan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: “...termasuk bibie dewek bae gah kaya seolah-olah ketakutan apa, menyeramkan lah istilahe kuh (Ya..kan seperti orang lain termasuk bibi sendiri juga seperti seolah-olah ketakutan apa, menyeramkan lah istilahnya tuh)”

P5: “Maune mah embuh bae orah bu lara-lara gah biasa bae orah, temu-temu ya Allah kosi penyakite gede banget, temu-temu berobate seumur hidup (Tadinya mah ngga tahu kan bu sakit-sakit juga biasa saja, tiba-tiba Ya Allah penyakitnya besar sekali, tiba-tiba berobatnya seumur hidup)”

P2: “Seweruhe kita kan bengen kita mah endah gah wis pirang tahun, 2009

terinfeksi kuh...Dadi kuh, ah...pasti kita kuh mati, pasti kita kuh mati (Setahu saya kan dulu saya mah soalnya sudah berapa tahun, 2009 terinfeksi tuh...jadi, ah..pasti saya tuh meningqal, pasti saya tuh meningqal)”

Tema 2: Mengalami Masalah Kesehatan Fisik

Partisipan mengungkapkan penyakit HIV AIDS mengakibatkan partisipan mengalami masalah kesehatan fisik. Masalah kesehatan fisik berarti terganggunya kondisi kesehatan fisik karena munculnya gejala klinis penyakit. Tema ini disusun dari sub tema yaitu mengalami gejala klinis penyakit.

Sub tema mengalami gejala klinis penyakit diungkapkan oleh partisipan melalui gangguan pola makan, gangguan pada kulit, gangguan penglihatan, demam, dan kelemahan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P7: “Ya..awale mah kerja berat, ngelektor orah, aturan istirahat beli istirahat, ngedrop kula sampe setengah bulan beli mangan (Ya...awalnya mah kerja berat, traktor kan, aturan istirahat ngga istirahat, ngedrop saya sampai setengah bulan ngga makan)”.

P7: “Maune awak gering pisan, bobote reang 57, 56, sampe kari 44 kilo (Tadinya badan kurus banget, beratnya saya 57, 56, sampai tingqal 44 kg)”

P1: "Gatelan, gatele kaya cacar mengkonon (Gatal, gatalnya seperti cacar begitu)".

P3: "Ngedrop kuh ora pada ireng, kurus, ora kaya wong sejen orah, dadi matane kuh abang, ora katon, abu kabeh (Ngedrop tuh ngga pada hitam, kurus, seperti orang lain kan, jadi matanya merah, ngga bisa melihat, bengkak semua)"

P2: "Kita kuh periksa, ari awan meriang, ngerasakena baka awan atis (Saya tuh periksa, kalau siang meriang, ngerasain kalau siang dingin)"

P4: "Ya..lemes, blenak, lemes. Ya..lemah beh saya menurun konon kah badan kuh (Ya..lemas, ngga enak, lemas. Ya..lemah aja semakin menurun badan tuh)".

Tema 3: Mengalami Penderitaan Batin

Partisipan mengungkapkan penyakit HIV AIDS mengakibatkan partisipan mengalami penderitaan, kesengsaraan pada batin. Tema ini disusun dari enam sub tema yaitu merasa tidak tenang, merasa berduka, merasa menyangkal kondisi yang dialami, merasa tidak enak hati, merasa tidak berdaya, dan merasa tertekan.

Sub tema merasa tidak tenang diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan takut. Perasaan takut diungkapkan sebagai perasaan takut menularkan, takut dengan kondisi penyakit dan kematian, dan khawatir

penilaian orang lain. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: "pertama weruh mengkonon jare sing ya baka nempel bae gah nular, kan lagi pertama kan ya kita gah wedi dewek, melang nularena orah (pertama tahu begitu katanya yang kalau nempel saja menular, kan waktu pertama kan saya juga takut sendiri, takut menularkan)"

P2: "...ya Allah kita duene penyakit mengkenen bakal mati, ya..deg-degan, apa maning ning wong tua priwe.. (...ya Allah saya punya penyakit beqini akan mati, ya..deg-degan, apalagi sama orang tua gimana..)" (p2)

P5: "...cangkeme wong kan sejen-sejen, ana sing positif, sing negatif, kaya konon watire kuh. Engko sing mblesakena kan ya...kuh kaya kenen kaya kenen.. (...mulutnya orang kan beda-beda, ada yang positif, yang negatif, seperti itu khawatirnya tuh. Nanti yang menjelekkan kan ya..tuh seperti ini seperti ini)" (p5)

Sub tema merasa berduka diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan sedih. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: "Ya..selama pertama-tama kuene mah ngerasa ngenes ya, ngenes ana, pasti ngenes (Ya..selama pertama-tama itunya mah ngerasa sedih ya, sedih ada, pasti sedih)".

Sub tema merasa menyangkal kondisi yang dialami diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan marah. Perasaan marah diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan marah, tidak percaya, dan tidak menerima kondisi yang dialami. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P5: "Nyewot bae kah bu, ngegerundel bae (Marah aja bu, menggerutu terus)".

P5: "Ora percaya kita kenang penyakit kaya kenen kuh. Maune mah embuh bae orah bu lara-lara gah biasa bae orah (Nggga percaya saya kena penyakit begini tuh. Tadinya mah ngga tau kan bu saki-sakit juga biasa saja)".

P4: "Dadi ora, ora..lamon anu mah ora nerima, meneng bae (Jadi ngga...ngga..seandainya itu mah ngga menerima, diam aja)".

Sub tema merasa tidak enak hati diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan malu. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: "...pertama-tama mah ya mengkonon, isin ya.. kita ngobrol bae gah isin, ya mbuh temen wonge weruh belihe mah, cuma kita kuh isin dewek kah (...pertama-tama mah ya begitu, malu ya.. Saya ngobrol aja malu, ya ngga tahu orang tahu ngganya mah, cuma saya tuh malu sendiri)".

Sub tema merasa tidak berdaya diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan pasrah. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: "Tapi kita mah wis pasrah, wis kita kuh aja diobati (Tapi saya mah sudah pasrah, sudah saya tuh jangan diobati)" (p2)

Selain pasrah, merasa tidak berdaya juga diungkapkan partisipan sebagai perasaan tidak ada harapan. Tidak ada harapan diungkapkan partisipan sebagai perasaan tidak ada artinya hidup. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: "Rasane kuh kaya wis....kaya kiamat lah jare dewek mah mengkonon, kayane kuh ya wis lah beli bisa apa-apa (Rasanya tuh seperti sudah...seperti kiamat lah kata saya mah begitu, seperti tuh sudah lah ngga bisa apa-apa)".

Sub tema merasa tertekan diungkapkan oleh partisipan sebagai perasaan tidak nyaman. Perasaan tidak nyaman diungkapkan partisipan dalam bentuk pernyataan mempunyai beban pikiran. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: "Ya..perasaane duwe beban, ya Allah kita duene penyakit mengkenen bakal mati. Ya..deg-degan apa maning ning wong tua priwe (Ya..perasaannya punya beban, ya Allah saya punya penyakit begini)".

akan mati. Ya..deg-degan apa lagi sama orang tua gimana)”

Selain mempunyai beban, merasa tidak nyaman juga diungkapkan partisipan sebagai perasaan tidak menentu. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P5: “Ya..campur aduk, keringet bae gede cilik, ya ora weruh ya bu maune (Ya..campur aduk, keringat saja besar kecil, ya kan tidak tahu ya bu tadinya)”.

Tema 4: Ingin Terbebas dari Penderitaan Fisik dan Batin

Partisipan mengungkapkan keinginan terbebas dari penderitaan fisik dan batin sebagai harapan. Bebas dari penderitaan berarti ODHA tidak merasakan kesengsaraan yang diakibatkan karena terganggunya kondisi kesehatan fisik dan batin. Tema ini disusun dari dua sub tema yaitu ingin kondisi kesehatan tidak terganggu dan ingin mendapatkan dukungan.

Sub tema ingin kondisi kesehatan tidak terganggu diungkapkan oleh partisipan sebagai keinginan untuk sehat. Keinginan untuk sehat diungkapkan partisipan sebagai keinginan untuk sembuh, sehat, kondisi kesehatan tidak memburuk. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “Harapane ya sehat, wis kuen tujuane kita mengkonon (Harapannya ya sehat, sudah itu tujuan saya begitu)”

P4: “Ya...pengen sehat sih, pengen nganukena anak konon kah, pengen tua karo anak mengkonon (Ya..pengen sehat sih, pengen ngituin anak begitu, pengen tua bersama anak)” (Nganukena anak adalah merawat anak)

Sub tema ingin mendapatkan dukungan diungkapkan oleh partisipan melalui keinginan memperoleh pengobatan dan mendapatkan informasi tentang penyakit. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “Ya..amberan olih tindakan selanjutnya lah istilahe mah mengkonon, terus kita pengen priwe wis positif kuh (Ya..supaya dapat tindakan selanjutnya lah istilahnya mah begitu, terus saya mau gimana sudah positif tuh)”

P6: “Pengen olih obat amber sehat (Ya..supaya dikasih obat, ingin dapat obat supaya sehat)”.

P5: “Pengen weruh penyakit apa, nang apa, mengkonon, berobat orah bu (ingin tahu penyakit apa, kenapa, begitu, berobat kan bu)”

Tema 5: Mencari Dukungan

Mencari dukungan diungkapkan sebagai

tindakan yang dilakukan untuk menanggulangi penderitaan akibat HIV AIDS. Tema ini disusun dari dua sub tema yaitu mencari tahu masalah kesehatan yang dialami dan menceritakan masalah yang dialami.

Sub tema mencari tahu masalah kesehatan yang dialami diungkapkan partisipan sebagai tindakan pergi ke tempat pelayanan kesehatan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “Suwe-suwene kita meng Puskesmas periksa, barang durung dites dadi dikira gatelan biasa kongkon periksa ning dokter kulit (Lama-lama saya ke Puskesmas periksa, terus belum dites jadi dikira gatal biasa disuruh periksa ke dokter kulit)”.

Tindakan memeriksakan kondisi kesehatan juga diungkapkan ODHA sebagai tindakan mencari tahu masalah kesehatan yang dialami Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: “...dadi mono beli sengaja nango periksa B20. Kita kuh periksa ari awan meriang, ngerasakena baka awan atis kuh penyakit apa (...jadi ke sana tuh ngga sengaja buat periksa B20. Saya tuh periksa kalau siang meriang, kalau siang dingin tuh penyakit apa)” (Ke sana adalah pergi ke Puskesmas)

P5: “Wong lanang mangane ora nafsu bae, mangane secentong bae ora entok, angel,

terus periksa ning mantri H. Y, cerita apa (Suami makannya ngga nafsu terus, makannya 1 centong saja ngga habis, terus periksa sama mantri H.Y)” (p5)

Sub tema menceritakan masalah yang dialami diungkapkan partisipan sebagai tindakan bercerita kepada petugas kesehatan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P7: “Ya..kan pas ngedrop, cerita ning majikan kula kan kerjane ning Puskesmas, ngerti orah penyakit mengkenen, dadi dikongkon mana tes bae meng Puskesmas (Ya..kan pas ngedrop, cerita ke majikan saya kan kerjanya di Puskesmas, ngerti kan penyakit begini, jadi disuruh sana tes saja ke Puskesmas)”.

Bercerita kepada keluarga juga diungkapkan partisipan sebagai tindakan menceritakan masalah yang dialami. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “Ya....kita gah pertama-tama kan kanda ning mboke kita (Ya..saya juga pertama-tama kan cerita ke ibu saya)”.

Tema 6: Tergugah dengan Arahan Petugas Kesehatan

Partisipan mengungkapkan tergugah dengan arahan petugas kesehatan untuk melakukan pengobatan ke Puskesmas. Tema ini disusun dari sub tema yaitu merasa tergerak untuk melakukan pengobatan ke Puskesmas.

Sub tema merasa tergerak untuk melakukan pengobatan ke Puskesmas diungkapkan partisipan bahwa partisipan mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan. Mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan diungkapkan bahwa partisipan disuruh pergi ke Puskesmas. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P7: "Majikan kula kan kerjane ning Puskesmas, ngerti orah penyakit mengenken, dadi dikongkon mana tes bae meng Puskesmas...anu, penasaran, mana ah. Reang kuh miang meng Puskesmas, periksa, terus dimet darahe (Majikan saya kan kerjanya di Puskesmas, mengerti penyakit begini, jadi disuruh tes saja ke Puskesmas...anu, penasaran, ke sana ah. Saya tuh pergi ke Puskesmas, periksa, terus diambil darahnya)"

Mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan juga diungkapkan oleh partisipan bahwa partisipan disuruh berobat. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P6: "...barang digawa, ning Ibu M ning Puskesmas kuh pas dicek darahe, Jare Ibu M e langsung berobat bareng, dadi kita berobat bareng (..terus dibawa, sama Ibu di Puskesmas tuh pas dicek darahnya, kata Ibu M nya langsung berobat bareng, jadi saya berobat bareng)"

Selain disuruh pergi ke Puskesmas, disuruh berobat, partisipan juga mengungkapkan mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan bahwa partisipan disuruh untuk melakukan tes. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: "Barang doktere kan curigae mono, mbuh kitae mah ora kepikiran apa-apa. Jare Ibune kuh , "Mba , sekalian ya bari tes?", ya wis orah ya jare kita kuh sing penting mah kita kuh demi kebaikan, sehat orah (Terus dokternya kan curiganya ke situ, ngga tahu sayanya mah ngga kepikiran apa-apa. Kata Ibunya tuh, "Mba, sekalian ya sama tes?", ya sudah kan ya kata saya tuh yang penting demi kebaikan, sehat kan)"

Tema 7: Memercayai Penyakit HIV AIDS Tidak Mudah Menular dan Ada Harapan untuk Menjalani Hidup

Partisipan memercayai penyakit HIV AIDS tidak mudah menular dan ada harapan untuk menjalani hidup setelah mendapatkan penjelasan dari petugas kesehatan. Tidak mudah ditularkan berarti penyakit HIV AIDS tidak ditularkan melalui kontak biasa. Ada harapan untuk menjalani hidup berarti ada solusi bagi penderita HIV AIDS untuk tetap menjalani hidup. Tema ini disusun dari dua sub tema yaitu tidak ditularkan melalui kontak biasa dan ada solusi.

Sub tema tidak ditularkan melalui kontak biasa diungkapkan oleh partisipan bahwa penyakit HIV AIDS memiliki cara penularan tertentu. Memiliki cara penularan tertentu berarti bahwa tidak semua penyakit menular memiliki cara penularan yang sama. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P6: "Penyakit mengenken kuh kader gah dodok bareng apa ora nular (penyakit begini tuh duduk bareng apa tidak menular)".

P1: "Cuman ya..terus dijelasena ning dokter karo mboke, meskipun minum bareng segelas, mangan bareng beli nular, nulare hanya tertentu-tertentu bae, beli gampang nular, hanya ya..melakukan mengkonon, kari mangan bareng ora, nulare hanya tertentu-tertentu bae (Cuman ya..terus dijelasin dokter sama ibu saya, meskipun minum bareng satu gelas, makan bareng, tidak menular, menularnya hanya ya..melakukan begitu, kalau makan bareng ngga, menularnya hanya tertentu-tertentu saja)"

Sub tema ada solusi diungkapkan oleh partisipan bahwa menderita penyakit HIV AIDS, bukan berarti ODHA sudah tidak bisa beraktivitas. Masih bisa beraktivitas diungkapkan bahwa ODHA bisa sehat dan bisa

bekerja. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P6: "...berobat berjalan, berobat aja ana mandege, kogah waras ari rutin mah (...berobat berjalan, berobat jangan berhenti, nanti juga sehat kalau rutin mah)"

P1: "...berpikir positif bae, soale akeh sing positif tapi sehat gah (...berpikir positif aja, soalnya banyak yang positif tapi sehat juga)"

Tema 8: Mendapat Saran untuk Terus Berobat

Selama *self-disclosure* partisipan mendapat saran untuk terus berobat. Tema ini disusun dari tiga sub tema yaitu memperoleh dukungan emosional, memperoleh dukungan untuk melakukan pengobatan, memperoleh rasa aman.

Sub tema memperoleh dukungan emosional diungkapkan partisipan dalam bentuk perhatian dari petugas kesehatan. Perhatian yang diperoleh diungkapkan partisipan dalam bentuk nasihat dari petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: "...ingat yang diomongin dokter tuh ya, "penyakit ini ngga bisa sembuh, tapi pasiennya berhak untuk sehat (...ingat yang diomongin dokter tuh ya, penyakit ini

ngga bisa sembuh, tapi pasiennya berhak untuk sehat)”

Sub tema mendapatkan dukungan untuk menjalani pengobatan diungkapkan partisipan dimana partisipan diarahkan untuk melakukan pengobatan lanjutan. Diarahkan untuk melakukan pengobatan lanjutan diungkapkan bahwa partisipan disuruh pergi ke rumah sakit. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “Kongkon mana bae berobat, engko gah ning kana ketemu karo wong sing pada, ya kan engko amber bisa ngobrol-ngobrol (Suruh ke sana saja berobat, nanti juga di sana bertemu sama orang yang sama, ya kan nanti supaya bisa ngobrol-ngobrol)” (p1) (Suruh ke sana adalah Setelah dari Puskesmas partisipan disuruh untuk melakukan pengobatan lanjutan ke RS B)

Selain disuruh berobat, disuruh pergi ke Puskesmas juga diungkapkan partisipan sebagai ungkapan didorong untuk melakukan pengobatan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P5: “Ning H. Y kongkon meng Puskesmas, terus kongkon dimet darahe (Sama H. Y disuruh ke Puskesmas, terus disuruh diambil darahnya)”.

Sub tema memperoleh rasa aman diungkapkan partisipan memiliki harapan

untuk hidup. Memiliki harapan untuk hidup diungkapkan bahwa partisipan bisa sehat. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “...aja berpikir sing ora-ora dingin, berpikir positif bae, soale wis akeh sing positif tapi sehat gah (...jangan berpikir yang ngga-ngga dulu, berpikir positif aja, soalnya sudah banyak yang positif tapi sehat juga)”.

Selain bisa sehat, bisa bekerja juga diungkapkan partisipan sebagai ungkapan memiliki harapan untuk hidup. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P6: “Dokter ngupahi saran kuh aja dipaksa, padane tanggung, engko ah molahe tanggung, aja, ya liren, bokat ngedrop dipaksa mah. Bisa molah maning kaya semula, tapi sing penting rutin minum obat setiap bulane mene (Dokter memberi saran tuh jangan dipaksa, misalkan nanggung, nanti ah kerjanya tanggung, jangan, ya istirahat, takut ngedrop dipaksa mah. Bisa kerja lagi seperti semula, tapi yang penting rutin minum obat setiap bulannya ke sini)” (p6)

Tema 9: Merasa Terbebas dari Tekanan

Merasa Terbebas dari tekanan diungkapkan partisipan sebagai perasaan nyaman, dan batin menjadi lebih baik setelah *self-disclosure*. Tema ini disusun dari empat sub

tema yaitu merasakan kenyamanan batin, merasa batin lebih baik, merasa ikhlas dengan kondisi penyakit, dan merasa optimis.

Sub tema merasakan kenyamanan batin diungkapkan partisipan sebagai kelegaan hati. Merasakan kelegaan hati diungkapkan dalam ungkapan perasaan lega dan tenang. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P4: “Ya..kan lega, banyak orang yang sama kaya saya tuh. Ya..seneng kaya konon kah artine kah ana sing ngedukung (Ya..kan lega, banyak orang yang sama seperti saya tuh. Ya...senang seperti itu kan artinya kan ada yang mendukung)” P6: “...berobat berjalan, berobat aja ana mandege, kogah waras ari rutin mah. Dadi atine kita kuh seger ya bu, seneng diomong mengkonon kuh (...berobat jalan, berobatnya tdak berhenti, nanti juga sembuh kalau rutin mah. Jadi hati saya tuh segar ya bu, senang diomongin begitu tuh)”.

Sub tema merasa batin lebih baik diungkapkan partisipan dengan ungkapan mengalami pengurangan tekanan. Mengalami pengurangan tekanan diungkapkan dengan perasaan biasa saja oleh partisipan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: “...istilahe kuh menjijikkan, tapi kan bagi kita sing ngerti apa mah, ora biasa bae (...istilahnya tuh menjijikkan, tapi bagi saya yang ngerti mah biasa saja)”

Sub tema merasa ikhlas dengan kondisi penyakit diungkapkan partisipan dengan ungkapan menerima kondisi penyakit. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “..sharing apa orah, ngobrol-ngobrol, sue-suene kan kebuka pikirane kita kuh, jadi kuh oh ya wis iya sun kita gah beli pa-pa (..sharing apa kan, ngobrol-ngobrol, lama-lama kan terbuka pikiran saya tuh, jadi tuh oh ya sudah iya saya juga ngga apa-apa)” (Ngga apa-apa merupakan ungkapan partisipan menerima kondisi penyakitnya setelah memperoleh masukan dan terbuka pikirannya)

Sub tema merasa optimis diungkapkan partisipan di mana partisipan merasa semangat mengatasi penyakit. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P5: “Lamon anu kah deweke ngelawan ning penyakit, aja sampe deweke nyerah (Kalau itu mah kitanya melawan penyakit, jangan sampai kita menyerah)”.

P3: “Pas lihat kok banyak gitu, banyak teman-temannya, ya sudah semangat, pasti bisa sehat lagi”.

Tema 10: Melakukan Kegiatan untuk Meningkatkan Kualitas Hidup

Melakukan kegiatan untuk meningkatkan kualitas hidup diungkapkan partisipan sebagai kegiatan yang dapat memberikan kebaikan

baik bagi ODHA maupun orang lain. Tema ini disusun dari tiga sub tema yaitu menjalani pengobatan, bergabung dalam kelompok dukungan, dan membantu orang lain.

Sub tema menjalani pengobatan diungkapkan partisipan melalui tindakan pergi ke tempat pelayanan kesehatan, melakukan pengobatan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P7: “Sekien kuh bu kula mah dikongkon enggal minggu meng RS B ya dijalani bae kula mah (Sekarang tuh bu saya mah disuruh tiap minggu ke RS B ya dijalani saja saya mah)”

P5: “...pengen sehat, dadine ya wis berobat bareng-bareng bae, wong kepribe sih, wong kepengen waras, pengen sehat orah bu, aja sampe menyerah lah (..pengen sehat, jadinya ya sudah berobat bareng-bareng saja, orang gimana sih, orang kepengen sembuh, pengen sehat kan bu, jangan sampai menyerah lah)”

Sub tema bergabung dalam kelompok dukungan diungkapkan partisipan sebagai tindakan menjadi anggota dukungan sebaya. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P2: “...sampenan kita kuh ya istilahe dadi pegawai lapangan, home visit ning umah-umah kah, ngasih support.. (...sampai saya tuh ya istilahnya jadi pegawai lapangan,

home visit ke rumah-rumah, ngasih support..)”

Sub tema membantu orang lain diungkapkan partisipan melalui tindakan memberikan dukungan kepada ODHA. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

P1: “...ning kana akeh orah wong pada penyakite mengenen, dadi kuh sering berbagi pengalaman, sharing apa orah, ngobrol-ngobrol (...di sana kan banyak orang dengan penyakit begini, jadi tuh sering berbagi pengalaman, sharing apa kan, ngobrol-ngobrol)”

P3: “...nguwarahi sing lagi sakit kah minum obat sing bener (...menasihati yang sedang sakit minum obat yang benar)”.

P2: “Ya...emang ya kita pernah ya dadi KDS, ngerujuk wong ning Puskesmas K, ngerujuk ning Puskesmas K kuh kan kategori 2 TB e (Ya..memang ya saya pernah ya jadi KDS, merujuk orang ke Puskesmas K, merujuk ke Puskesmas K tuh kan kategori 2 TB nya)”

PEMBAHASAN

Orang dengan HIV AIDS (ODHA) dihadapkan pada kondisi yang yang tidak mudah. Kondisi tersebut berasal dari masalah kesehatan fisik yang dialami karena gejala klinis penyakit, maupun permasalahan psikososial yang timbul karena ODHA tidak dapat melakukan *self-disclosure* atau masalah yang dihadapi setelah ODHA melakukan *self-disclosure*. Hasil

penelitian diperoleh bahwa ODHA mengalami penderitaan batin. Arrey *et al.* (2015) mengungkapkan bahwa salah satu penderitaan batin yang dialami ODHA berasal dari perasaan takut dengan penilaian negatif dari orang lain apabila mengungkapkan kondisi penyakitnya. Chen *et al.* (2007) juga mengungkapkan bahwa ODHA merasa tertekan dengan kondisi yang dialami sehingga mengakibatkan penderitaan batin.

Penderitaan fisik dan batin yang dialami ODHA memunculkan harapan di mana ODHA ingin terbebas dari penderitaan fisik maupun batin. Yadav (2010) mengungkapkan harapan merupakan komponen penting dalam penanganan HIV AIDS. ODHA menyatakan bahwa setelah mengetahui kondisi penyakit, ODHA berharap akan menerima bantuan pengobatan, informasi tentang penyakit, dan dukungan emosional. Harapan tersebut mempengaruhi tindakan ODHA untuk mengatasi penderitaan.

Mencari dukungan merupakan tindakan yang dilakukan ODHA untuk mengatasi penderitaan yang disebabkan penyakit HIV AIDS. Mencari dukungan dilakukan oleh ODHA dengan mencari tahu dan menceritakan kondisi yang dialami. Thomas *et al.* (2009) mengungkapkan bahwa sebagian besar ODHA mencari perawatan ketika memiliki gejala yang dianggap tidak dapat reda dengan mengkonsumsi obat yang dapat diakses di

apotek. Lugalla *et al.* (2012) menyatakan bahwa keputusan ODHA untuk melakukan tes sering tidak dibuat secara individu. ODHA memutuskan melakukan *self-disclosure* untuk meminta dukungan (Makoae *et al.*, 2008). Untuk menghindari stigma dan penolakan, *self-disclosure* dilakukan oleh ODHA terbatas hanya pada orang-orang yang dianggap dapat dipercaya dan dapat memberikan perawatan yang diperlukan di antaranya petugas kesehatan dan keluarga (Hua *et al.*, 2014).

Selain keinginan kuat dari ODHA, perawat juga berperan penting dalam mengarahkan ODHA untuk memperoleh pengobatan. Nursalam dan Kurniawati (2007) mengungkapkan perawat memiliki peran penting dalam mengarahkan ODHA untuk menggunakan coping yang konstruktif dalam beradaptasi dengan penyakitnya. Hasil penelitian diperoleh bahwa ODHA tergugah dengan arahan dari petugas kesehatan untuk melakukan pengobatan ke Puskesmas. Hal tersebut mengungkapkan bahwa dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan sangat mempengaruhi pengambilan keputusan dan tindakan ODHA untuk *self-disclosure* dan melakukan pengobatan.

Self-disclosure membantu ODHA memperoleh informasi yang benar mengenai penyakit HIV AIDS sehingga mengubah kesalahpahaman ODHA tentang penyakit HIV AIDS. Thompson *et al.* (2015) mengungkapkan bahwa ODHA

perlu mengetahui prognosis penyakit HIV AIDS untuk mengubah kesalahpahaman ODHA tentang cara penularan penyakit HIV AIDS, melindungi pasangan dan orang yang dicintai, mencegah penularan dari ibu ke anak, meningkatkan kesadaran pentingnya pengobatan. *Self-disclosure* juga membantu ODHA memperoleh saran untuk terus berobat dari petugas kesehatan. Yonah *et al.* (2014) mengungkapkan *self-disclosure* membantu ODHA mendapatkan dukungan emosional, akses terhadap pengobatan dan perawatan. *Self-disclosure* juga dapat memberikan kesempatan ODHA untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan (Chaudoir & Fisher, 2010).

Dukungan dari petugas kesehatan sangat penting untuk menjaga kesehatan fisik dan mental ODHA. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan emosional, informasi tentang penyakit serta dukungan perawatan (Chen *et al.*, 2007; Qiao *et al.*, 2015). Melalui informasi yang diperoleh dari petugas kesehatan mengenai penyakit HIV AIDS dan saran untuk terus berobat mempengaruhi kondisi batin ODHA. Hasil penelitian diperoleh bahwa ODHA merasa terbebas dari tekanan setelah *self-disclosure*. Hal tersebut juga diungkapkan oleh Majumdar dan Mazaleni (2010) dalam penelitiannya bahwa ODHA merasa jauh lebih baik setelah melakukan pengungkapan dan memiliki perasaan yang

baik tentang masa depan. Thompson *et al.* (2015) mengungkapkan dukungan emosional dapat membantu ODHA menerima kondisi yang dialami, berkurangnya perasaan takut dan menarik diri dari masyarakat. *Self-disclosure* dilaporkan membantu ODHA melepaskan tekanan psikologis dan berpotensi pada perubahan hidup yang positif (Norman *et al.*, 2007).

Perasaan bebas dari tekanan dan saran yang diterima dari petugas kesehatan membangkitkan semangat ODHA untuk melakukan kegiatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup dengan cara menjalani pengobatan, bergabung dalam kelompok dukungan, dan membantu orang lain. Qiao *et al.* (2015) mengungkapkan dukungan dari petugas kesehatan memiliki dampak positif terhadap kepatuhan pengobatan pasien dan peningkatan kualitas hidup. Keterlibatan ODHA dalam kelompok pendukung dapat mengurangi ketakutan, depresi, kesepian, dan isolasi. Kelompok pendukung memberikan lingkungan yang mendukung bagi ODHA untuk mengekspresikan perasaan (Paudel & Baral, 2015). Kegiatan berbagi pengalaman dengan sesama ODHA membuat ODHA merasa tidak sendiri, perasaan lebih baik, dan melupakan rasa sakit yang disebabkan penyakit HIV AIDS (Makoe *et al.*, 2008).

Penelitian ini memiliki keterbatasan dimana

penelitian ini tidak mencari bagaimana partisipan melakukan *self-disclosure*. Penelitian ini juga tidak mencari perbedaan antara ODHA yang melakukan *self-disclosure* secara sukarela dengan ODHA yang melakukan *self-disclosure* atas dorongan baik petugas kesehatan maupun keluarga. Penelitian ini juga berfokus pada pengalaman ODHA menjalani *self-disclosure* kepada petugas kesehatan sehingga tidak mengungkapkan secara detail mengenai bagaimana pengalaman ODHA melakukan *self-disclosure* pada selain petugas kesehatan sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai pengalaman ODHA menjalani *self-disclosure* selain kepada petugas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Bidang Penyakit Lingkungan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2012*. Bandung. Diakses pada tanggal 5 Maret 2016.

Bird, J.D.P., and Voisin, D.R. 2013. "You're an open target to be abused": A qualitative study of stigma and HIV self-disclosure among black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*. 103(12): 2193-2199. doi: 10.2105/AJPH.2013.301437.

KESIMPULAN

Pengalaman ODHA dalam menjalani *self-disclosure* merupakan proses yang tidak mudah. Keseluruhan proses yang dilalui oleh ODHA dari tidak memahami penyakit HIV AIDS, mengalami masalah kesehatan fisik dan penderitaan batin hingga muncul harapan dan ODHA memutuskan untuk mencari dukungan, memahami penyakit HIV AIDS, menjalani pengobatan dan melakukan kegiatan untuk meningkatkan kualitas hidup dapat diinterpretasikan bahwa makna pengalaman ODHA dalam menjalani *self-disclosure* adalah dari keterpurukan menyandang ODHA menuju peningkatan kualitas hidup.

Chaudoir, S.R., and Fisher, J.D. 2010. The disclosure processes model: Understanding disclosure decision-making and post-disclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychol Bull*. 136(2): 236-256. doi:10.1037/a0018193.

Chaudoir, S.R., Fisher, J.D., and Simoni, J.M. 2011. Understanding HIV disclosure: A review and application of the disclosure processes model. *Social Science & Medicine*. 72(10): 1618-1629.

doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.028

- Chen, W.T., Starks, H., Shiu, C.S., Fredriksen-Goldsen, K., Simoni, J., Zhang, F., Pearson, C., and Zhao, H. 2007. Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers. *ANS Adv Nurs Sci.* 30(4): 329-342. doi: 10.1097/01.ANS.0000300182.48854.65.
- Devito, J.A. 2013. *The Interpersonal Communication Book*. Thirteenth edition. Pearson. New York. p. 55-65.
- Hua, J., Emrick, C.B., Golin, C.E., Liu, K., Pan, J., Wang, M., Wan, X., Chen, W., and Jiang, N. 2014. HIV and stigma in Liuzhou, China. *AIDS Behav.* 18(Suppl 2): S203–S211. doi: 10.1007/s10461-013-0637-3.
- Lilis, H. 2015. *Kasus HIV AIDS Indramayu Tertinggi Kedua Di Jabar*. <http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/15/12/01/nyo6bm359-kasus-hivaid-indramayu-tertinggi-kedua-di-jabar>. Indramayu. Diakses pada tanggal 6 Maret 2016.
- Lugalla, J., Yoder, S., Sigalla, H., and Madihi, C. 2012. Social context of disclosing HIV test results in Tanzania. *Culture, Health & Sexuality.* 14(S1): S53-S66. doi.org/10.1080/13691058.2011.615413.
- Majumdar, B., and Mazaleni, N. 2010. The experiences of people living with HIV/AIDS and of their direct informal caregivers in a resource-poor setting. *Journal of the International AIDS Society.* 13(20): 2-9. doi: 10.1186/1758-2652-13-20.
- Makoe, L.N., Greeff, M., Phetlhu, R.D., Uys, L.R., Naidoo, J.R., Kohi, T.W., Dlamini, P.S., Chirwa, M.L., and Holzemer, W.L. 2008. Coping with HIV/AIDS stigma in five African countries. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 19(2): 137–146. doi: 10.1016/j.jana.2007.11.004.
- Norman, A., Chopra, M., and Kadiyala, S. 2007. Factors related to HIV disclosure in 2 South African communities. *American Journal of Public Health.* 97(10): 1775–1781. doi:10.2105/AJPH.2005.082511.
- Nursalam dan Kurniawati, N.D. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Edisi pertama. Salemba Medika. Jakarta. p. 2-53.
- Paudel, V., and Baral, K.P. 2015. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reproductive Health.*

12(53): 2-9. doi: 10.1186/s12978-015-0032-9

Qiao, S., Nie, J.B., Tucker, J., Rennie, S., and Li, X.M. 2015. The role of social relationship in HIV healing and its implications in HIV cure in China. *Health Psychol Behav Med.* 3(1): 115-127.

doi: 10.1080/21642850.2015.1040405

Rahmati-Najarkolaei, F., Niknami, S., Aminshokravi, F., Bazargan, M., Ahmadi, F., Hadjizadeh, E., and Tavafian, S.S. 2010. Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. *J Int AIDS Soc.* 3(27): 1-11. doi: 10.1186/1758-2652-13-27.

Rouleau, G., Côté, J., and Cara, C. 2012. Disclosure experience in a convenience sample of quebec-born women living with HIV: A phenomenological study. *BMC Women's Health.* 12(37): 1-11. doi:10.1186/1472-6874-12-37.

Streubert, H.J., and Carpenter, D.R. 2011. *Qualitative Research In Nursing: Advancing The Humanistic Imperative.* Fifth edition. Lippincott William & Wilkins. Philadelphia. p. 47-85.

Stutterheim, S. E., Sicking, L., Brands, R., Baas, I., Roberts, H., van Brakel, W. H.,

and Bos, A. E. R. 2014. Patient and provider perspectives on HIV and HIV-related stigma in Dutch health care settings. *AIDS Patient Care and STDs.* 28(12): 652-665. doi: 10.1089/apc.2014.0226.

Stutterheim, S.E., Sicking, L., Baas, I., Brands, R., Roberts, H., van Brakel, W.H., Lechner, L., Kok, G., and Bos, A.E.R. 2016. Disclosure of HIV status to health care providers in the Netherlands: A qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* 27(4): 485-494. doi: 10.1016/j.jana.2016.02.014.

Thomas, B., Nyamathi, A., and Swaminathan, S. 2009. Impact of HIV/AIDS on mothers in Southern India: A qualitative Study. *AIDS Behav.* 13(5): 989–996. doi:10.1007/s10461-008-9478-x.

Thompson, J., Havenga, Y., and Naude, S. 2015. The health literacy needs of women living with HIV/AIDS. *Healths Age Sondheid.* 20(1): 11-21. doi.org/10.1016/j.hsag.2015.03.001

Yadav, S. 2010. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: A case study from Nepal. *Qual Life Res.* 19(2) :157-66. doi: 10.1007/s11136-009-9574-z.

Yonah, G. Fredrick, F., and Leyna, G. 2014.
HIV serostatus disclosure among
people living with HIV/AIDS in

Mwanza, Tanzania. *AIDS Research
and Therapy*. 11(5): 1-5.
doi:10.1186/1742-6405-11-5.

HUBUNGAN ANTARA *SELF COMPASSION* DENGAN *WORK FAMILY CONFLICT* PADA STAF MARKAS PALANG MERAH INDONESIA PROVINSI JAWA TENGAH

Frieda N. R. Hidayati

Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro
Jl. Prof. Soedharto SH Tembalang Semarang

frieda_nrh@yahoo.com

Abstract

Staff of Red Cross Headquarters, in carrying out their duties in accordance with the mission of the organization engaged in humanitarian, are expected to always be sensitive, responsive and fast moving. The demands of work often have to deal with the demands of the role within the family, referred to as experiencing work-family conflict. This study aimed to measure the correlation between self – compassion to work family conflict on staff of Red Cross Indonesia Headquarters of Central Java. Research subjects consisted of 196 permanent employees of Red Cross Indonesia headquarters in Central Java. Results from this study showed that the hypothesis stated, there is a negative relationship between self-compassion and work family conflict, was accepted ($r = -.438$, $p < .001$) The higher self – compassion, the lower the work family conflict.

Keywords: self- compassion, work family conflict, staff, Red Cross Indonesia, Central Java

Abstrak

Staf Markas Palang Merah dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan misi dari organisasi yang bergerak dibidang kemanusiaan diharapkan untuk selalu peka, tanggap dan bergerak cepat. Tuntutan pekerjaan sering harus berhadapan dengan tuntutan peran didalam keluarga, yang disebut sebagai mengalami *work family conflict*. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur hubungan antara *self compassion* dengan *work family conflict* pada staf markas Palang Merah Indonesia Provinsi Jawa Tengah. Subjek penelitian sebanyak 196 orang staf Markas Palang Merah Indonesia yang ada di Provinsi Jawa Tengah yang berstatus karyawan tetap. Hasil dari penelitian ini analisis data menunjukkan bahwa hipotesis yang menyatakan bahwa ada hubungan negatif antara *self compassion* dan *work family conflict*, diterima ($r = -0,438$, $p < 0,001$). Semakin tinggi *self compassion*, maka semakin rendah *work family conflict*.

Kata kunci: *self compassion*, *work family conflict*, staf, Palang Merah Indonesia, Jawa Tengah

PENDAHULUAN

Setelah munculnya gelombang revolusi ketiga dimana informasi menjadi kekuatan, masuknya perempuan dalam dunia kerja tidak terbendung lagi. Perempuan memasuki berbagai bidang pekerjaan, dengan profesi dan jabatan yang semakin bervariasi. Perbedaan gender sudah tidak terlihat lagi di dunia kerja. Tuntutan pekerjaan antara laki-laki dan perempuan pun sama. Keduanya diharapkan mencapai target dan tujuan organisasi secara efektif. Bagi perempuan yang belum menikah,

tuntutan pekerjaan cenderung tidak banyak menimbulkan masalah pribadi. Akan tetapi bagi perempuan yang sudah berkeluarga, maka tetap diharapkan peran mereka di di sektor domestik. Peran domestik tetap dijalankan karena kultur yang memang masih menghendaki hal tersebut.

Peran ganda perempuan di bidang domestik dan publik sekaligus juga membawa pada beban ganda dan permasalahan pribadi yang terkait kehidupan keluarga. Perempuan yang bekerja, memperoleh kenyamanan dan

kepuasan secara pribadi apabila ia dapat memenuhi kebutuhan rumah tangganya dan juga menyelesaikan tugas pekerjaan yang menjadi kewajibannya. Acapkali kedua peran tersebut kurang dapat dijalankannya dengans sempurna karena satu dan lain hal. Keadaan tersebut menimbulkan kecemasan dan ketegangan dikarenakan konflik antara tuntutan rumah tangga atau keluarga dengan pekerjaan. Keadaan yang dialami itu, disebut dengan *work family conflict (WFC)*.

Work family conflict adalah konflik yang muncul dalam diri individu karena masih terbebani dengan permasalahan pekerjaan, ketika individu tersebut berada diantara keluarganya, sehingga ia tidak dapat menjalankan fungsinya sebagai karyawan maupun sebagai anggota keluarga dengan baik (Cascio,2006). *Work family conflict (WFC)* timbul karena ketidakseimbangan antara pekerjaan dan tanggung jawab keluarga, yang menyebabkan timbulnya suatu masalah.

Menurut Ivancevich, Konopaske dan Matteson (2005) WFC dijelaskan terpusat pada kecemasan yang dialami individu terkait dengan permasalahan pribadi dalam pekerjaan. Individu berpikir tentang permasalahan pekerjaan ketika berada di rumah. Dengan kata lain, individu membawa masalah pekerjaan ke rumah, masuk ke dalam urusan rumah tangga. Hal tersebut terjadi karena menyeimbangkan antara tuntutan pekerjaan dan tuntutan keluarga, adalah hal yang berat, sehingga menyebabkan individu tidak dapat melakukan fungsinya secara optimal, baik di pekerjaan sebagai karyawan dan di keluarga sebagai anggota keluarga.

WFC pada dasarnya dapat dialami oleh karyawan laki-laki maupun perempuan, namun kehidupan perempuan yang masih dipengaruhi oleh nilai-nilai masyarakat tradisional, menunjukkan permasalahan yang cenderung lebih kuat. Organisasi

modern, tidak menggunakan nilai mengenai peran tradisional laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki yang harus mencukupi kebutuhan keluarga dan perempuan yang mengasuh anak dan mengurus rumah. Keadaan tersebut semakin meningkatkan kemungkinan perempuan mengalami WFC. Sementara, White dan Rogers (2000) mengungkapkan bahwa pasangan suami isteri yang keduanya bekerja, lebih sering mengalami WFC dibandingkan dengan pasangan suami isteri yang hanya salah satunya saja yang bekerja.

Bellavia dan Frone (2005) mengemukakan faktor faktor yang mempengaruhi WFC yaitu, keadaan dalam diri individu (yang meliputi ciri demografis dan kepribadian), peran keluarga (yang meliputi interaksi antara anggota keluarga, waktu untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga, kehadiran anak dan dukungan sosial dari keluarga terhadap individu), peran pekerjaan (yang meliputi waktu kerja, konflik peran kerja, karakteristik pekerjaan dan dukungan dari atasan).

Faktor kepribadian individu, menarik untuk menjadi perhatian karena bagaimanapun juga individulah yang menghadapi situasi dan diri individu tersebutlah yang bisa dikendalikan sendiri oleh yang bersangkutan. Situasi pekerjaan, situasi dalam keluarga, seringkali lebih banyak berada diluar diri individu. Salah satu karakteristik kepribadian yang menarik perhatian peneliti adalah *self compassion*.

Interaksi dengan individu lain membawa konsekuensi permasalahan, dalam hal ini *self compassion* akan membantu individu untuk tidak cenderung melawan ketidaknyamanan emosional (Germer, 2009). Amstrong (2013) mendefinisikan *self compassion* sebagai karakteristik kepribadian dimana individu menempatkan

diri pada posisi individu lain. Dalam posisi tersebut, individu merasakan pengalaman individu lain seolah-olah adalah pengalaman dirinya sendiri.

Sebelum ahli dan tokoh yang pada tahun-tahun terakhir ini membicarakan mengenai WFC, maka jauh sebelumnya, Greenhaus dan Beutell (1985) menyebutkan mengenai WFC sebagai keadaan yang dihasilkan oleh adanya tekanan secara bersamaan antara peran pekerjaan dan keluarga yang bertentangan satu sama lain. WFC terjadi ketika individu harus melaksanakan multiperan yaitu sebagai karyawan, sebagai pasangan (suami atau isteri) dan sebagai orang tua.

Sebagaimana juga yang dikemukakan oleh Spector (2006) bahwa WFC adalah salah satu bentuk konflik peran dimana tuntutan dalam pekerjaan dan keluarga mengalami konflik. WFC juga diartikan sebagai salah satu tipe konflik interperan, karena WFC muncul ketika peran pekerjaan dan keluarga saling tumpang tindih satu sama lain. Bagi sejumlah orang, tidaklah mudah untuk menyeimbangkan antara tuntutan peran dalam pekerjaan dan tuntutan peran dalam keluarga (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Selanjutnya Cascio (2006) juga mengungkapkan bahwa WFC adalah konflik yang muncul dalam diri individu karena masih terbebani oleh permasalahan pekerjaan, ketika individu berada diantara keluarganya. Dengan demikian individu tidak dapat menjalankan fungsinya secara optimal, baik di pekerjaan maupun di keluarga.

Setiap individu mempunyai penilaian sendiri mengenai pengalaman yang dirasakan sebagai ketidakseimbangan dalam diri mereka. Individu tersebut juga menilai mengenai bagaimana mengatasi antara tuntutan pekerjaan dan tuntutan keluarga (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa WFC adalah proses penilaian yang dilakukan individu dalam memandang bahwa terjadi ketidakseimbangan antara tuntutan pekerjaan dan tuntutan keluarga. Greenhaus dan Beutell (1985) telah mengidentifikasi aspek dari WFC, yaitu:

- 1) *Time based conflict*, dialami ketika tekanan waktu membuat tuntutan dari satu peran menghambat peran yang lain
- 2) *Strain based conflict*, terjadi saat tekanan dari salah satu peran membuat individu sulit untuk terlibat dalam peran lain.
- 3) *Behavior based conflict* terjadi ketika pola perilaku yang merupakan tuntutan pekerjaan berlawanan dengan tuntutan keluarga.

Bellavia dan Frone (2005) mengemukakan tiga faktor yang mempengaruhi WFC, yaitu :

- 1) Karakteristik individu, meliputi ciri demografis (jenis kelamin, status keluarga, usia anak terkecil dan sebagainya) dan kepribadian (misalnya ketabahan atau *adversity*).
- 2) Peran keluarga, meliputi alokasi waktu yang digunakan untuk urusan pekerjaan selama diantara keluarga, tekanan keluarga, hubungan dengan anggota keluarga, dan dukungan sosial keluarga.
- 3) Peran Pekerjaan, meliputi alokasi waktu kerja, konflik peran kerja, ambiguitas peran kerja dan karakteristik tempat kerja.

Salah satu faktor karakteristik individu adalah *self compassion*. Armstrong (2013) mendefinisikan *compassion* sebagai suatu karakteristik kepribadian dimana individu

menempatkan diri pada posisi individu lain. Dalam posisi tersebut, individu merasakan pengalaman individu lain seolah-olah adalah pengalaman dirinya sendiri. Pengertian tersebut membawa konsekuensi individu memandang pengalaman individu lain dalam konteks kemurahan hati, sehingga tersentuh oleh penderitaan individu lain dan muncul keinginan untuk meringankannya. Kemampuan merasakan perasaan individu lain dan kemurahan hati tersebut berkembang dari penerimaan terhadap diri sendiri, secara emosional dan kognitif atas pengalaman diri dan kesadaran untuk tidak menghindar atas pengalaman yang tidak menyenangkan (Germer, 2009, hal. 33). Penerimaan diri tersebut yang kemudian memunculkan istilah *self-compassion*.

Neff (2009) menyebutkan bahwa *self-compassion* melibatkan kebutuhan untuk mengelola kesehatan diri dan *well-being*, serta mendorong inisiatif untuk membuat perubahan dalam kehidupan. Individu dengan *self-compassion* tidak mudah menyalahkan diri bila menghadapi kegagalan, memperbaiki kesalahan, mengubah perilaku yang kurang produktif dan menghadapi tantangan baru. Individu dengan *self-compassion* termotivasi untuk melakukan sesuatu, atas dorongan yang bersifat intrinsik, bukan hanya karena berharap penerimaan lingkungan.

Neff & Vonk (2009), berdasarkan penelitiannya juga menyebutkan bahwa *self-compassion* sebagai salah satu aspek kematangan kepribadian, berhubungan dengan usia, dan lebih penting lagi penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa *self-compassion* berhubungan dengan kecerdasan emosi dan kearifan. Pemahaman atas diri sendiri, selanjutnya akan mempermudah kehidupan sebagai individu yang dalam lingkungan sosialnya harus berinteraksi dengan individu lain. Interaksi dengan individu lain, membawa konsekuensi permasalahan dan dalam hal

ini *self-compassion* akan membantu individu untuk tidak cenderung melawan ketidaknyamanan emosional (Germer, 2009). Menurut Gilbert dan Irons (dalam Leary & Hoyle, 2009), *Self-compassion* dapat membantu mengaktifkan sistem penenangan diri, mengurangi perasaan takut dan kesendirian.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa *self-compassion* adalah disposisi kepribadian yang berupa kemampuan penerimaan diri yang menimbulkan ketenangan, empati, kepekaan, kehangatan dan kesabaran individu dalam menghadapi permasalahan dan individu lain.

Ketenangan dan kesabaran dalam berpikir dan bertindak yang merupakan manifestasi dari *self-compassion*, menurut Neff (dalam Barnard dan Curry, 2011) termasuk dalam karakteristik *self-kindness*. Individu dengan *self-kindness* dapat menghadapi permasalahan atau situasi menekan dengan menghindari penyalahan diri sendiri, atau perasaan rendah. *Self-kindness* merupakan afirmasi bahwa individu akan menerima kebahagiaan dengan memberikan kenyamanan pada individu lain. *Self-kindness* inilah yang mendorong individu untuk bertindak positif dan memberikan manfaat bagi individu lain.

Self-compassion membuat individu mampu untuk menempatkan diri sebagai manusia, sebagaimana individu lain pada umumnya. Sebagai manusia, individu memperlihatkan keadaan yang tidak sempurna dan dimungkinkan untuk melakukan kesalahan. Keadaan ini disebut oleh Neff (dalam Barnard & Curry, 2011) sebagai *common-humanity*. Dalam pandangan *common-humanity*, maka individu akan menghadapi masalah secara objektif. Individu akan membangun konsep bahwa dirinya sebagaimana individu lain dapat melakukan kesalahan dan semuanya dapat dihadapi dalam ukuran yang bersifat umum.

Perasaan adanya kesamaan dengan individu lain, mendorong individu untuk mengembangkan empati. Empati tersebut sebagaimana pengertian Rogers, tokoh psikologi humanistik (dalam Ali dan Asrori, 2009) adalah kemampuan individu untuk memahami individu lain dengan menggunakan kerangka berpikir, sudut pandang, dan perasaan individu lain tersebut. Lee (dalam Taufik, 2012) menyatakan bahwa empati yang berkembang pada diri individu akan menimbulkan dorongan untuk bertindak altruis, menolong individu lain karena adanya perasaan tanggungjawab.

Kemampuan untuk menggunakan kerangka berpikir dan sudut pandang orang lain, juga terkait dengan kemampuan individu untuk keluar dari diri sendiri. Ketika individu mampu keluar dari dirinya, maka individu tersebut akan mampu mengambil perspektif individu lain serta memandang diri dan pengalamannya sendiri secara lebih objektif. Kesadaran atas pengalaman yang dihadapi secara jelas, dan seimbang disebut sebagai *mindfulness*, yang merupakan bagian dari lokus kendali internal (*internal locus of control*) pada kepribadian individu.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan aspek yang membangun *self-compassion* yaitu *self-kindness*, *common humanity* dan *mindfulness*.

Interaksi dengan individu lain, membawa konsekuensi permasalahan. Individu memerlukan suatu kemampuan untuk menyeimbangkan berbagai tuntutan yang timbul sebagai akibat interaksinya dengan orang lain tersebut. Kemampuan yang dibangun atas dasar kepribadiannya yang dalam hal ini disebut sebagai *self-compassion* akan membantu individu untuk tidak cenderung melawan ketidaknyamanan emosional (Germer, 2009). Pemahaman atas diri sendiri, selanjutnya akan mempermudah kehidupan

sebagai individu yang dalam lingkungan sosialnya harus berinteraksi dengan individu lain. Karakteristik kepribadian *self compassion* tersebut, akan sangat membantu individu manakala individu berhadapan dengan permasalahan di lingkungan pekerjaan dan lebih khusus lagi pada saat individu berhadapan dengan tuntutan pekerjaan sekaligus keluarga. Situasi tersebut yang kemudian disebut sebagai *work family conflict* (WFC). Sebagaimana juga yang dikemukakan oleh Spector (2006) bahwa WFC adalah salah satu bentuk konflik peran dimana tuntutan dalam pekerjaan dan keluarga mengalami konflik. WFC juga diartikan sebagai salah satu tipe konflik interperan, karena WFC muncul ketika peran pekerjaan dan keluarga saling tumpang tindih satu sama lain.

Bagi sejumlah orang, tidaklah mudah untuk menyeimbangkan antara tuntutan peran dalam pekerjaan dan tuntutan peran dalam keluarga (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Setiap individu mempunyai penilaian sendiri mengenai pengalaman yang dirasakan sebagai ketidakseimbangan dalam diri mereka. Individu tersebut juga menilai mengenai bagaimana mengatasi antara tuntutan pekerjaan dan tuntutan keluarga (Ivancevich, Konopaske, & Matteson, 2005). *Self-compassion* membuat individu mampu untuk menempatkan diri sebagai manusia, sebagaimana individu lain pada umumnya. Sebagai manusia, individu memperlihatkan keadaan yang tidak sempurna dan dimungkinkan untuk melakukan kesalahan.

METODE

Populasi yang diteliti adalah staf markas Palang Merah Provinsi Jawa Tengah yang berjumlah 384 orang, subjek penelitian sejumlah 196 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian

ini adalah *cluster-random sampling*. Dari sejumlah 35 Palang Merah Indonesia Kabupaten/ Kota yang ada di Provinsi Jawa Tengah, diambil sejumlah Kabupaten /Kota, sehingga jumlah subjek cukup untuk mewakili populasi .

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan alat skala psikologi yaitu Skala WFC berjumlah 30 aitem disusun dengan berdasarkan aspek *Time based conflict*, *Strain based conflict*, *Behavior based conflict* dan Skala *Self Compassion* berjumlah 36 aitem disusun berdasarkan aspek *self-kindness*, *common humanity* dan *mindfulness*. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode Analisis Regresi Sederhana.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara *self compassion* dengan *work family conflict*. Subjek yang terlibat dalam penelitian ini sejumlah 196 orang yang terdiri dari 54 perempuan dan 142 Laki-laki. Hasil uji hipotesis penelitian menggunakan teknik analisis regresi sederhana dengan bantuan komputer melalui program SPSS versi 17.0 diperoleh hasil $r_{xy} = -0,438$ dengan $p < 0,001$. Hal tersebut menunjukkan ada hubungan negatif yang signifikan antara *self compassion* dengan *work family conflict*. Artinya, semakin tinggi *self compassion* maka semakin rendah *work family conflict*. Sebaliknya, semakin rendah *self compassion*, maka semakin tinggi *work family conflict*.

Hasil penelitian ini membuktikan hipotesis yang menyatakan bahwa terdapat hubungan negatif antara *self compassion* dengan *work family conflict* dapat diterima. Hal tersebut menggambarkan bahwa *self compassion* mempengaruhi tingkat *work family conflict*. Koefisien determinasi yang ditunjukkan dengan R^2 pada variabel

dukungan sosial adalah sebesar 0,192. *Self compassion* memberikan sumbangan efektif sebesar 19,2% terhadap *work family conflict*, sedangkan 80,8% dipengaruhi oleh faktor lain selain *self compassion* yang tidak diungkap dalam penelitian ini.

Self compassion diperlukan bagi setiap individu oleh karena *Self-compassion* membuat individu mampu untuk menempatkan diri sebagai manusia, sebagaimana individu lain pada umumnya. Sebagai manusia, individu memperlihatkan keadaan yang tidak sempurna dan dimungkinkan untuk melakukan kesalahan. Ketika individu menghadapi kenyataan bahwa dirinya tidak mungkin untuk melakukan tugas di kantor dan keluarga secara seimbang, maka individu akan menyadari pengalaman tersebut sebagai suatu yang wajar. Kalaupun ada perasaan kurang nyaman maka hal tersebut akan mampu diterimanya sebagai hal yang memang seharusnya demikian. Namun individu yang memiliki *self compassion* tidak akan mencela atas kekurangan yang terjadi pada dirinya. Individu akan menerima kekurangan tersebut. Konflik internal yang terjadi karena ketidakmampuan untuk menyeimbangkan antara tuntutan pekerjaan dan keluarga tidak dirasakan sebagai sesuatu yang mengancam.

Apabila merujuk pada data korelasi antar variabel berada pada taraf yang cukup ($-0,438$), dan SC memberikan sumbangan 19,2% terhadap WFC. Dari hasil dapat disimpulkan manakala individu menghadapi kenyataan bahwa anggota keluarga, khususnya adalah pasangan tidak mampu untuk menyeimbangkan antara tuntutan pekerjaan dan keluarga, maka individu yang memiliki *self compassion* yang tinggi akan mampu memaafkan, berempati dan menerima keadaan tersebut dengan baik. Individu akan mempersepsikan bahwa ketidakseimbangan yang terjadi karena

pasangan tidak mampu menjalankan tuntutan peran di pekerjaan maupun keluarga sekaligus, bukan merupakan masalah yang serius.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini membuktikan hipotesis yang menyatakan bahwa terdapat hubungan negatif antara *self compassion* dengan *work family conflict* dapat diterima. Artinya, semakin tinggi *self compassion* maka semakin rendah *work family conflict*. Sebaliknya, semakin rendah *self compassion*, maka semakin tinggi *work family conflict*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali & Asrori. (2009). *Psikologi remaja pengembangan peserta didik*. Edisi. 6. Jakarta : PT. Bumi Aksara
- Allen, A.B. & Leary, M.R. (2010). Self compassion, stress and coping. *Journal of compilation*. 4(2).107-118
- Amstrong, K. (2013). *Compassion : 12 langkah menuju hidup berbelas kasih*. Mizan: Bandung
- Barnard, I.K & Curry, J.F. (2011). Self compassion: Conceptualizations, correlation and intervention. *Review of General Psychology*. 15(4):289-303
- Bellavia, G.M. & Frone,M.R. (2005). *Work family conflict. Handbook of work stress*. Sage Publications: California
- Cascio,F.W.(2006). *Managing human resources: Productivity, quality of work life, profits*. Irwin Mc Graw-Hill: USA
- Germer, C.K. (2009). *The Mindfull path to self compassion : Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. The Guilford Press: London
- Greenhaus, J.H and Beutell,N.J. (1985). Source of conflict between work and family role. *Academy of Management Review*, 10, 76-88
- Ivancevich, J.M., Konopaske,R., & Matteson,M. (2005). *Organizational behavior and management*. Mc Graw-Hill: New York
- Leary, M.R. & Hoyle,R.H. (2009). *Handbook of individual differences in social behavior*. The Guilford Press: London
- Neff, K.D & Vonk,R. (2009). Self compassion versus global self esteem. two different ways of relating tp oneself. *Journal of Personality* 77-128
- Spector, P.E. (2006). *Handbook of psychology : Research and practice*. John Willey and Sons,Inc: New York
- Taufik. (2012). *Empati pendekatan psikologi sosial*. Raja Grafindo Persada: Jakarta
- White, L. & Rogers, S.J. (2000). Economic circumstances and family outcomes: A review of the 1990's. *Journal of Marriage and The Family* Vol 62(4), 1035-1051

SELF COMPASSION DAN LONELINESS**Diana Savitri Hidayati**Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang
dhi2savitri@gmail.com

Banyak hal yang menyebabkan seseorang mengalami kesepian, salah satu penyebabnya adalah kondisi di mana harus tinggal jauh dari orang tua dan keluarga, yang juga dialami oleh remaja yang tinggal di pondok pesantren. *Self-compassion* merupakan salah satu bahasan yang bisa menjelaskan bagaimana individu mampu bertahan, memahami dan menyadari makna suatu kesulitan sebagai hal yang positif, termasuk kesulitan ketika harus tinggal jauh dari orang tua dan keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *self compassion* dengan *loneliness*. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional dengan subyek penelitiannya berjumlah 254 siswi yang tinggal di pondok pesantren. Metode pengumpulan data menggunakan dua skala yaitu skala *Self Compassion Scale* (SCS) dan *R-UCLA Loneliness Scale* yang masing-masing telah diterjemahkan ke Bahasa Indonesia dan telah melalui proses validasi dan reliabilitas. Hasil penelitian diperoleh hasil bahwa hipotesa penelitian ditolak yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara *self compassion* dan *loneliness* ($r = 0.776$; $p = 0.001$; $0.776 > 0.001$).

Kata kunci: *Self compassion, loneliness*

Loneliness is caused by many thing, one of them is the condition when teenager should life without parents and family because of their study at a boarding school. Self compassion is a new concept that explain about how to defend, understand and realize the meaning of suffering as a positive thing; for example when some one should life without their parents and families. The aim of this study is to determine relationships of self compassion and loneliness. Methode research is a quantitative approach to correlation with number of subjects were 254 girls who were life at a boarding school. Methode of data collecting in this study by self compassion scale and R-UCLA loneliness scale. The results showed that there is no correlations between self compassion and loneliness ($r = 0.776$; $p = 0.001$; $0.776 > 0.001$).

Keywords: *Self compassion, loneliness*

Menurut Cherry (tt) kesepian atau *loneliness* merupakan sebuah perasaan yang umum terjadi pada seseorang dimana sebenarnya perasaan tersebut kompleks dan unik pada masing-masing individu. Seorang anak yang sedang berjuang untuk menjalin pertemanan di lingkungan sekolahnya mempunyai kebutuhan yang berbeda dengan seorang dewasa kesepian yang baru saja ditinggal meninggal oleh pasangannya.

Kesepian adalah pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan dimana kualitas dan kuantitas hubungan sosial seseorang mengalami penurunan secara signifikan (Peplau & Perlman, 1998). Kesepian menyebabkan seseorang yang mengalaminya merasa kosong, merasa sendiri dan tidak diinginkan walaupun sebenarnya orang tersebut tidak sedang sendiri dan berada pada kondisi lingkungan yang ramai (Cherry, tt).

Kesepian bisa terjadi pada individu dengan berbeda usia, tidak terkecuali pada remaja. Gürsoy dan Biçakçı (2006) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa perbedaan level kesepian yang terjadi pada remaja disebabkan oleh perbedaan status ekonomi, keluarga dan hubungan pertemanan. Survey *loneliness* yang dilakukan oleh *Mental Health Foundation* di Inggris pada Mei tahun 2010, dari 2256 orang ditemukan 24% yang merasakan kesepian, dimana subyek berumur 18-34 tahun lebih merasakan kesepian daripada subyek berumur di atas 55 tahun (Mental Health Foundation, 2010).

Banyak hal yang menyebabkan seseorang mengalami kesepian, salah satu penyebabnya adalah kondisi di mana harus tinggal jauh dari keluarga. Lake (1986) dalam bukunya mengatakan bahwa kondisi dimana seseorang yang harus bekerja jauh dari rumah dan terpisah dari keluarga dan teman-temannya bisa menjadi penyebab kesepian yang mereka alami. Penyebab tersebut selaras dengan apa yang dikatakan oleh Baron & Byrne (2005) bahwa perpindahan ke lokasi baru dapat menimbulkan kesepian.

Kondisi dimana seseorang harus tinggal berjauhan dengan keluarga dan teman-temannya dialami pula oleh remaja yang tinggal di dalam pondok pesantren. Pertimbangan untuk menuntut ilmu agama sekaligus ilmu dunia membuat banyak remaja memilih untuk tinggal dan 'nyantri' di sebuah pondok pesantren. Para remaja tersebut kemungkinan besar akan merasakan kesepian. Walaupun sebenarnya kesepian adalah sebuah perasaan yang wajar dialami oleh para remaja tersebut, tetapi kalau dibiarkan berlarut-larut tentu akan berpengaruh terhadap aspek psikologis yang lain.

Self-compassion merupakan salah satu bahasan yang bisa menjelaskan bagaimana individu mampu bertahan, memahami dan menyadari makna dari sebuah kesulitan sebagai hal yang positif. Menurut Germer, *self compassion* merupakan kesediaan diri untuk tersentuh dan terbuka kesadarannya saat mengalami penderitaan dan tidak menghindari penderitaan tersebut (Hidayati & Maharani, 2013). Neff (2003b) menambahkan bahwa *self compassion* adalah proses pemahaman tanpa kritik terhadap penderitaan, kegagalan atau ketidakmampuan diri dengan cara memahami bahwa ketiga hal tersebut merupakan bagian dari pengalaman sebagai manusia pada umumnya.

Fungsi dari *self compassion* adalah sebagai strategi beradaptasi untuk menata emosi dengan cara menurunkan emosi negatif serta meningkatkan emosi positif berupa kebaikan dan hubungan (Akin, 2010). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *self compassion* berhubungan secara negatif dengan self-criticism, depresi, kecemasan, rumination dan thought suppression dan berhubungan positif dengan hubungan sosial, emotional intelligence, self-determination, interpersonal cognition distortion dan submissive behaviour (Akin, 2010).

Akin (2010) dalam penelitiannya berjudul *self compassion* dan *loneliness* terhadap mahasiswa di Turki menemukan bahwa 3 aspek positif dalam *self compassion* berhubungan secara negatif dengan *loneliness* dan 3 aspek negatif dalam *self compassion* berhubungan secara positif dengan *loneliness*. 3 aspek positif *self compassion* tersebut adalah *self-kindness*, *common humanity* dan *mindfulness*, sementara 3 aspek negatifnya adalah *self-judgement*, *isolation* dan *over-identification*.

Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian terdahulu maka peneliti berasumsi bahwa ketika seorang remaja pesantren mempunyai *self compassion* yang baik maka dia akan merasa bahwa kondisinya saat ini yang jauh dari keluarga akan dipahaminya secara positif sebagai sebuah proses hidup yang juga dialami oleh remaja-remaja lain sehingga remaja tersebut tidak akan merasakan kesepian walaupun tinggal berjauhan dari keluarganya. Atas dasar tersebut maka peneliti berkeinginan melaksanakan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara *self compassion* dengan *loneliness*. Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Akin (2010) terletak pada subyek penelitian yang berbeda latar belakangnya seperti usia dan lokasi tempat tinggal yang berjauhan dari keluarga. Perbedaan lainnya adalah bahwa dalam penelitian ini peneliti hanya menggunakan 3 aspek positif dari *self compassion* untuk memfokuskan hasil penelitian. Manfaat dari penelitian ini diharapkan mampu memberi informasi tambahan tentang *self compassion* dan *loneliness*.

Loneliness

Loneliness atau kesepian adalah suatu reaksi emosional dan kognitif individu terhadap sebuah kondisi dimana individu tersebut hanya mempunyai sedikit hubungan sosial dan tidak memuaskannya karena tidak sesuai dengan harapannya (Baron & Byrne, 2005; Archibald, Bartholomew, & Marx, 1995; Peplau & Perlman, 1982). Menurut Peplau & Perlman (1998), kesepian merupakan pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan ketika seseorang mengalami penurunan hubungan sosial baik secara kualitas dan kuantitas. Berdasarkan pendapat-pendapat tersebut, maka dapat diambil kesimpulan bahwa kesepian merupakan reaksi emosional dan kognitif individu terhadap sebuah kondisi yang tidak menyenangkan berupa penurunan kualitas dan kuantitas hubungan sosialnya (dalam Nurlayli & Hidayati, 2014).

Weiss (dalam Perlman & Peplau, 1998; Tassin, 1999 dan Bednar, 2000) membagi kesepian menjadi dua jenis yaitu : (a) *Emotional Loneliness*, terjadi ketika seseorang mengalami kondisi dimana dia kehilangan figur lekatnya secara emosional. Misalnya seorang anak terhadap orang tuanya atau seorang dewasa terhadap pasangannya atau teman dekatnya. Intinya adalah bahwa *emotional loneliness* mengacu pada emosi negatif yang muncul akibat ketidakpuasan pada hubungan yang bersifat intim. (b) *Social Loneliness*, terjadi ketika seseorang mengalami kekurangan hubungan sosial. Beberapa kondisi yang bisa menyebabkan kesepian jenis ini adalah pindah rumah, kehilangan pekerjaan, didiskriminasikan oleh anggota kelompok dan tidak memiliki kelompok atau kumpulan komunitas. Intinya adalah bahwa *social loneliness* mengacu pada emosi negatif yang muncul akibat ketidakpuasan pada kelompok atau komunitas yang tidak sesuai dengan harapannya.

Lake (1986) merumuskan bahwa ada tiga tahap kesepian, yaitu: (1) Keadaan yang membuat seseorang memutuskan hubungannya dengan orang lain sehingga ia akan kehilangan beberapa perasaan yaitu : disukai, dicintai, atau diperhatikan orang lain; (2) Hilangnya rasa percaya diri dan *interpersonal trust*, yang terjadi ketika seseorang tidak

dapat menerima dan memberikan perilaku yang menentramkan kepada orang lain; (3) Menjadi apatis, yang terjadi ketika seseorang merasa bahwa tak seorangpun peduli sedikitpun tentang apa yang sedang dialaminya, dimana seringkali kondisi ini menimbulkan keinginan untuk mengakhiri hidup atau bunuh diri.

Self Compassion

Self-compassion merupakan konsep baru yang dipelajari oleh dunia barat, yang diambil dari filosofi ajaran Budha tentang cara mengasihi diri sendiri layaknya rasa kasihan kita ketika melihat orang lain mengalami kesulitan (Neff, 2003b; Hidayati & Maharani, 2013). Lebih lanjut Hidayati dan Maharani (2013) menjelaskan bahwa konsep tentang *self compassion* muncul karena adanya kritik terhadap konsep-konsep yang telah berkembang sebelumnya, seperti *self esteem*, *self efficacy*, atau *self regulation*, yang cenderung mengedepankan tentang prestasi diri atas perbandingan dengan orang lain. Konsep-konsep tersebut berbeda dengan *self compassion* yang mengembangkan rasa cinta kasih terhadap diri sendiri dan orang lain (Neff, 2003b). *Self compassion* berbeda dengan konsep *self esteem* (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007a).

Secara umum, *self-compassion* berhubungan dengan keterbukaan dan pemahaman terhadap orang lain. Individu yang mempunyai *self compassion* tinggi mempunyai ciri : (1) mampu menerima diri sendiri baik itu kelebihan maupun kelemahannya; (2) mampu menerima kesalahan atau kegagalan sebagai sebuah hal umum yang juga dialami oleh orang lain; dan (3) mempunyai kesadaran tentang ketertubungan antara segala sesuatu (Hidayati & Maharani, 2013).

Menurut Neff (2003b) *self-compassion* merupakan kebaikan hati dan pemahaman yang timbul dari diri individu dengan melibatkan perilaku yang sama terhadap diri sendiri ketika sedang dalam kesulitan, kegagalan, atau mengingat suatu hal yang tidak kita sukai tentang diri kita sendiri. Sedangkan menurut Hidayati dan Maharani (2013) *compassion* merupakan kombinasi antara motivasi, afeksi, kognisi dan perilaku yang menunjukkan kasih sayang dalam rangka memunculkan keinginan untuk menghilangkan kesulitan dan penderitaan, dimana kasih sayang tersebut ditujukan kepada dirinya sendiri. Lebih lanjut dijelaskan bahwa *self compassion* berbeda dengan *self pity* atau mengasihani diri sendiri, karena mengasihani diri sendiri sebenarnya adalah sebuah kondisi dimana individu yang bersangkutan menolak penderitaan dan cenderung menyalahkan diri sendiri atas kesalahan yang dilakukannya.

Self-compassion dapat dipahami melalui beberapa komponen yang dikembangkan oleh Neff (2003b), yaitu:

- 1) *Self kindness* (kebaikan diri) merupakan komponen yang menerangkan seberapa jauh seseorang dapat memahami dan memaknai kegagalannya. *Self kindness* berisi afirmasi bahwa diri pantas mendapatkan cinta, kebahagiaan, dan kasih sayang walaupun dalam kondisi terburuk sehingga tercipta kenyamanan bagi diri sendiri (Neff, 2011). *Self kindness* bertolak belakang dengan *self judgment*, yang berisi sikap permusuhan, rendah diri dan kritik terhadap diri sendiri.
- 2) *Common humanity* (sifat manusiawi) merupakan komponen tentang seberapa banyak seseorang mampu menghargai pemikiran, perasaan dan tingkah laku orang lain yang beragam. Melalui *common humanity* seseorang akan mampu melihat sebuah

kegagalan atau masalah dari sudut pandang yang lebih luas sehingga mampu memahami bahwa peristiwa yang sedang dialaminya tersebut terjadi bukan semata-mata karena kesalahannya sendiri melainkan memang hal yang sudah sewajarnya terjadi. *Common humanity* berkebalikan dengan isolasi diri. Ketika seseorang mengalami kegagalan, biasanya dia akan merasa hanya dirinya saja di dunia ini yang mengalami kondisi tersebut dan merasa harus bertanggung jawab sendirian. Akibatnya muncul perasaan malu dan berusaha mengisolasi diri (Hidayati & Maharani, 2013).

- 3) *Mindfulness* (kesadaran penuh atas situasi saat ini) merupakan kemampuan menyeimbangkan pikiran ketika dalam situasi yang menekan atau menimbulkan penderitaan (Neff, 2003b). Konsep dasar *mindfulness* adalah melihat segala sesuatu seperti apa adanya dalam artian tidak dilebih-lebihkan atau dikurangi sehingga mampu menghasilkan respon yang benar-benar obyektif dan efektif (Neff, 2011). *Mindfulness* bertolak belakang dengan *over identification*, berupa hilangnya kontrol atas emosi.

Hipotesa

Hipotesa dalam penelitian ini adalah ada hubungan negatif antara *self compassion* dengan *loneliness*. Semakin tinggi *self compassion* maka semakin rendah *loneliness* yang dirasakan oleh subyek penelitian.

METODE PENELITIAN

Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian kuantitatif korelasional karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yakni *self compassion* dan *loneliness* pada remaja.

Subyek Penelitian

Populasi penelitian ini adalah siswa SMA. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan Subyek dalam penelitian ini adalah remaja wanita, dengan rentang usia antara 15 tahun sampai dengan 18 tahun, yang berstatus sebagai siswa SMA serta tinggal di pondok pesantren. Subyek penelitian berjumlah 254 siswi yang tinggal di pondok pesantren.

Variabel dan Instrumen Penelitian

Penelitian ini mengkaji dua variabel yaitu *self compassion* dan *loneliness*. Variabel bebas yaitu *self compassion* adalah suatu bentuk kebaikan hati dan pemahaman diri sendiri yang melibatkan perilaku saat mengalami kesulitan, kegagalan, atau mengingat hal-hal yang tidak disukai oleh diri sendiri. Sedangkan variabel terikatnya yaitu *loneliness* adalah suatu reaksi emosional dan kognitif individu terhadap suatu kondisi yang tidak menyenangkan berupa penurunan kualitas dan kuantitas dalam hubungan sosialnya.

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan dua skala yakni Skala *Self Compassion* dan Skala *Loneliness*. Skala *Self compassion* dalam penelitian ini menggunakan skala *Self Compassion Scale* (SCS) yang dikembangkan oleh Neff (2003a) dengan tiga indikator yaitu, *self-kindness*, *awareness of common humanity* dan *mindfulness* dan telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh mahasiswa bimbingan peneliti dan peneliti bertindak sebagai editor. Pilihan jawaban disediakan

dengan *rating scale* yaitu dari skor 1-5 (Selalu - Tidak Pernah). Jumlah total item dalam skala ini adalah 20 item dengan indeks validitasnya adalah 0,252-0,733 dengan reliabilitas 0,776 (Arief, 2014).

Selanjutnya metode pengumpulan data variabel *loneliness* dengan menggunakan Skala *Loneliness* yang digunakan adalah skala yang disusun oleh Russel (1996) yaitu *Revised University of California, Los Angeles Loneliness Scale (R-UCLA Loneliness Scale)* versi 3 yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh mahasiswa bimbingan peneliti dan peneliti bertindak sebagai editor. Jenis skala adalah Likert dengan 4 pilihan jawaban yaitu “tidak pernah”, “jarang”, “kadang-kadang”, dan “selalu” dengan skor 1-4. Jumlah total item dalam skala ini sebanyak 20, dengan 11 item negatif (kesepian) dan 9 item positif (tidak kesepian). Kelebihan skala ini adalah tidak memasukkan kata-kata kesepian secara langsung dalam item-itemnya. Indeks validitas dari skala ini adalah 0,320-0,658 dengan reliabilitas 0,883 (Nurlayli & Hidayati, 2014)

Prosedur Penelitian dan Analisa Data

Prosedur yang dilakukan pada penelitian ini dimulai pada tahap persiapan yakni penyusunan proposal penelitian dan pengajuan perizinan penelitian kepada pihak Madrasah Aliyah Putra-Putri di daerah Sumenep. Setelah itu dilakukan pengambilan data kepada subyek penelitian yang merupakan siswa Madrasah Aliyah Putri tersebut pada tanggal 25 sampai 29 Maret 2014 dengan sampel 270 siswa. Pengambilan data tidak dilakukan sendiri oleh peneliti namun dilakukan oleh mahasiswa bimbingan peneliti yang merupakan alumni dari Madrasah Aliyah Putri tersebut. Awalnya peneliti bermaksud untuk mengambil subyek penelitian berjenis kelamin pria dan wanita, namun karena terkendala izin dari pihak pengelola Madrasah Aliyah Putra, maka akhirnya diputuskan untuk mengambil data pada subyek penelitian yang berjenis kelamin wanita. Adapun dari total sampel yang dibutuhkan, 5 subjek tidak sesuai dengan karakteristik subjek penelitian dan 11 skala lainnya tidak memenuhi aturan pengisian sehingga skala yang layak untuk dianalisa sejumlah 254 skala. Langkah selanjutnya adalah melakukan *entry* data sekaligus proses analisa data menggunakan perhitungan SPSS program IBM SPSS *statistic* 21 untuk menguji korelasi antar variabel penelitian.

HASIL PENELITIAN

Deskripsi Data

Tabel 1. Perhitungan *T-score Self-Compassion*

Kategori	Interval	Frekuensi	Persentase
Tinggi	T-score \geq 50	73	28.7 %
Rendah	T-score < 50	181	71.3 %
Total		254	100 %

Berdasarkan pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa dari 254 subjek penelitian, ada 73 subjek atau 28.7% yang memiliki *self-compassion* yang tinggi dan 181 subjek atau 71.3% yang memiliki *self-compassion* yang rendah.

Tabel 2. Perhitungan *T-score* Loneliness

Kategori	Interval	Frekuensi	Persentase
Tinggi	$T\text{-score} \geq 50$	134	52.8 %
Rendah	$T\text{-score} < 50$	120	47.2 %
Total		254	100 %

Berdasarkan pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa dari 254 subjek penelitian, ada 134 subjek atau 52.8% yang memiliki *loneliness* yang tinggi dan 120 subjek atau 47.2% yang memiliki *loneliness* yang rendah

Tabel 3. Korelasi *Self-Compassion* dengan *Loneliness*

Koefisien Korelasi	Indeks Analisis
Koefisien korelasi	-0.18
Taraf kemungkinan kesalahan	1% (0.01)
Nilai Signifikansi	0.776

Berdasarkan skor koefisien korelasi yang dihasilkan tidak ada hubungan antara *self-compassion* dengan *loneliness*. Hal ini dapat dilihat dari nilai signifikansi (*p*) yang ditunjukkan yaitu 0.776 lebih besar dari taraf signifikansi yang digunakan yaitu 0.001 ($0.776 > 0.001$). Sehingga dapat dikatakan tidak ada hubungan antara *self-compassion* dengan *loneliness*.

Hasil perhitungan tersebut sekaligus menunjukkan bahwa hipotesa penelitian ditolak, yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara *self compassion* dan *loneliness*.

DISKUSI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara *self compassion* dan *loneliness*, yang berarti hipotesa penelitian ini ditolak.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian terdahulu di Turki yang dilakukan oleh Akin (2010) terhadap mahasiswa, dimana dalam penelitian tersebut ditemukan fakta bahwa *self compassion* berhubungan secara negatif dengan *loneliness*. Hal tersebut berarti bahwa semakin tinggi *self compassion* seseorang maka semakin rendah *loneliness* yang dirasakannya. Dimana dijelaskan lebih lanjut bahwa komponen *self compassion* yang berhubungan secara negatif dengan *loneliness* adalah *self kindness*, *common humanity* dan *mindfulness*.

Hasil penelitian ini bisa dijelaskan dengan mengacu pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Werner dkk (2012) terhadap populasi individu yang mengalami *social anxiety disorder*. Hasil dari penelitian Werner tersebut menyatakan bahwa *self compassion* yang rendah tidak berhubungan secara general dengan tingkat keparahan kecemasan sosial yang dialami individunya, namun berhubungan dengan tingkat ketakutan terhadap evaluasi negatif maupun positif dari lingkungan individu tersebut. Salah satu efek dari *social anxiety disorder* adalah individunya akan mengalami *loneliness* karena kecenderungannya untuk menghindari kehidupan sosial.

Hasil penelitian lain yang juga bisa menjelaskan hasil penelitian ini adalah penelitian Hutchison dkk (tt) tentang efek dari *self compassion* terhadap *relationships* mahasiswa. Lebih jauh dijelaskan bahwa *self compassion* berhubungan secara positif dengan *relationships satisfaction* tetapi *self compassion* tidak berhubungan dengan *relationships attitudes*. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi *self compassion* seseorang maka akan semakin tinggi kepuasannya pada hubungan yang sedang dijalani namun demikian *self compassion* tidak berhubungan dengan sikap orang tersebut pada hubungan yang sedang dijalannya. Sikap seseorang terhadap hubungan yang sedang dijalannya berhubungan dengan bagaimana orang tersebut memaknai hubungan tersebut, dimana makna tersebut akhirnya berhubungan dengan *emotional loneliness*. *Emotional loneliness* menurut Weiss (dalam Perlman & Peplau, 1998; Tassin, 1999 dan Bednar, 2000) berkaitan dengan emosi negatif yang muncul akibat tidak adanya keintiman pada sebuah hubungan.

Dalam penelitian ini ditemukan fakta bahwa subyek penelitian yang mempunyai *self compassion* tinggi, jumlahnya lebih sedikit daripada subyek penelitian yang mempunyai *self compassion* rendah. Sementara data tentang *loneliness* subyek penelitian menemukan fakta bahwa subyek penelitian yang mengalami *loneliness* dengan kategori tinggi jumlahnya hampir sama dengan subyek yang mengalami *loneliness* dengan kategori rendah. Temuan-temuan tersebut akan penulis bahas berdasarkan beberapa pendapat dari ahli-ahli terdahulu, yakni :

Berdasarkan beberapa studi yang dilakukan Neff (2003b) ditemukan beberapa faktor yang mempengaruhi *self compassion*, salah satunya adalah jenis kelamin. Lebih lanjut dijelaskan bahwa pria memiliki nilai *self compassion* lebih tinggi daripada wanita. Hal ini disebabkan bila dibandingkan dengan pria, wanita lebih sering menyalahkan dan melakukan kritik pada dirinya sendiri, merasa sendiri saat mengalami masalah, hanya terfokus pada kegagalan masa lalu dan terbawa emosi negatif. Bila dikaitkan dengan subyek dalam penelitian ini maka pernyataan tersebut sedikit banyak bisa menjawab hasil penelitian ini, dimana subyek penelitian yang mempunyai *self compassion* tinggi lebih sedikit jumlahnya bila dibandingkan dengan yang tingkat *self compassion*nya rendah. Awalnya subyek dalam penelitian ini adalah remaja yang tinggal di pesantren berjenis kelamin pria dan wanita, namun ternyata kondisi di lapangan tidak memungkinkan untuk mengambil data dari remaja pesantren pria karena tidak adanya ijin dari pengelola sehingga akhirnya peneliti hanya mengambil data para siswi.

Fakta lain yang bisa menjelaskan hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Crocker dan Canevello pada tahun 2008 yang menjelaskan bahwa *self compassion* pada siswa yang tinggal di asrama berhubungan dengan adanya dukungan sosial dan interpersonal trust terhadap teman sekamarnya (Germer dan Neff, 2013). Bila dikaitkan dengan *self compassion* subyek penelitian, maka hasil penelitian tersebut bisa memberikan penjelasan tentang hasil penelitian ini dimana ditemukan fakta bahwa subyek penelitian dengan *self compassion* tinggi jumlahnya lebih sedikit dibanding dengan subyek penelitian yang *self compassion*nya rendah. Hal ini sangat mungkin disebabkan karena perbedaan waktu tinggal para subyek penelitian di pondok pesantren tersebut yang akhirnya mempengaruhi terbentuknya dukungan sosial dan *interpersonal trust* subyek penelitian kepada sesama penghuni pondok pesantren. Belum terbentuknya dukungan sosial dan *interpersonal trust* tersebut yang menyebabkan *self compassion* subyek penelitian banyak yang rendah.

Penelitian tentang *loneliness* pada remaja menemukan bahwa 12,4% individu berusia 15-24 tahun (Nielsen, Sorensen & Osmec, 2010), dan antara 4-14% remaja (Lasgaard, 2007)

lebih sering mengalami kesepian (dalam Nurlaily & Hidayati, 2014). Hasil penelitian tersebut juga bisa digunakan sebagai alternatif untuk menjawab hasil penelitian ini, bahwa berdasarkan penelitian terdahulu tidak banyak jumlah remaja usia 15-24 tahun yang mengalami kesepian. Dalam penelitian ini subyek penelitiannya adalah remaja yang berusia 15-18 tahun yang tinggal di pondok pesantren dan ditemukan bahwa perbandingan antara subyek yang mengalami kesepian dan tidak mengalami kesepian hampir sama yaitu 50%. Hal ini mungkin bisa dijelaskan dengan melihat lama waktu para subyek tinggal di pondok pesantren. Dimana sebagian subyek merupakan siswa kelas X yang tentu saja baru beradaptasi dengan kehidupan pondok pesantren yang jauh dari orang tua dan keluarga sehingga kemungkinan merasa kesepian, sementara sebagian subyek penelitian yang lain merupakan siswi yang duduk di kelas XI yang kemungkinan besar sudah mampu beradaptasi untuk tinggal jauh dari orang tua dan keluarga sehingga tidak lagi merasakan kesepian.

Menurut Perlman & Peplau (1998), salah satu faktor yang dapat mempengaruhi *loneliness* adalah nilai budaya. Lebih jauh dikatakan bahwa secara teori, individu yang menganut nilai budaya kolektivistik akan lebih mempunyai kedekatan emosional dengan keluarganya, lebih setia dan loyal kepada kelompoknya dan lebih bisa memunculkan harmonisasi hubungan dengan orang lain ketika berinteraksi sosial. Hal-hal tersebut membuat individu penganut nilai budaya kolektivistik lebih jarang mengalami *loneliness*. Orang-orang Asia, Afrika dan Amerika Latin adalah penganut nilai budaya kolektivistik, begitu juga dengan subyek penelitian. Teori tersebut menjawab hasil penelitian ini, dimana jumlah subyek penelitian dengan *loneliness* tinggi hampir sama dengan jumlah subyek penelitian dengan *loneliness* rendah.

Keterbatasan penelitian ini terletak pada jenis kelamin subyek penelitian, yaitu wanita yang berdasarkan penelitian cenderung rendah *self compassion*nya. Kondisi ini terjadi karena faktor perijinan dari pihak pengasuh pondok pesantren yang hanya memberikan ijin untuk mengambil data pada santri putri.

SIMPULAN DAN IMPLIKASI

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil bahwa hipotesa penelitian ditolak yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara *self compassion* dan *loneliness* dimana berdasarkan perhitungan statistik nilai signifikansi (p) yang ditunjukkan yaitu 0.776 lebih besar dari taraf signifikansi yang digunakan yaitu 0.001 ($0.776 > 0.001$). Implikasi dari penelitian ini adalah untuk remaja pesantren khususnya subyek penelitian agar terus mempertahankan dan mengembangkan *self compassion* saat ini dengan terus memahami dan menjalankan ajaran agama sesuai dengan aturan yang tertulis dalam Al Qur'an dan Hadist. Oleh karena *self compassion* akan sangat membantu mereka melalui pengalaman hidup yang tidak menyenangkan seperti ketika harus tinggal jauh dari keluarga. Bagi peneliti selanjutnya yang tertarik untuk meneliti tema-tema yang hampir sama, diharapkan untuk lebih memperhatikan karakteristik subyek penelitian misalnya memilih subyek penelitian yang berjenis kelamin pria, usianya bukan lagi remaja atau subyek penelitian yang tinggal bersama keluarga.

REFERENSI

Akin, A. (2010) Self compassion and loneliness. *International online journal of educational sciences*, 2, (3), 702-718.

- Arief, T. (2014). Hubungan antara self compassion dan prokstinasi akademik pada siswa sma. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Malang
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Psikologi sosial edisi kesepuluh*. Jakarta: Erlangga
- Bednar, K. L. (2000). *Loneliness and self-esteem at different levels of the self*. Honor project psychology, digital commons @IWU. Illinois Wesleyan University.
- Cacioppo, J. T. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: human nature and the need for social connection*. Laporan Penelitian, W. W. Norton and Company.
- Mental Health Foundation. (2010). *The lonely society?, 2010*. Inggris: Mental Health Foundation.
- Cherry, K., (tt). *Loneliness : causes, effects and treatments for loneliness*, Artikel dari psychology.about.com/od/psychotherapy/a/loneliness.htm (diakses pada 23 Desember 2013).
- Germer, C.K. & Neff, K.D., (2013). Self compassion in clinical practise. *Journal of clinical psychology: In session*, 69, (8), 1-12. Wiley online library
- Gürsoy, F., and Biçakçı, M.Y.,(2006). A study on the loneliness level of adolescents. *Journal of qafqaz university number 18*, 140-146. Ankara-Turkiye.
- Hidayati, F., dan Maharani, R., (2013). *Self compassion* (welas asih): Sebuah alternatif konsep transpersonal tentang sehat spiritual menuju diri yang utuh. *Prosiding psikologi kesehatan*. Universitas Katolik Soegijapranata Semarang.
- Hutchison, L., Garcia, M., and Williams, J., (tt). *What's love got to do with it ? : the effect of self compassion on relationships*. Austin, Texas : St. Edward's University
- Lake,T. (1986). *Kesepian*. Jakarta: Arcan
- Mental Health Foundation. (2010). *The mental health foundation survey*.Laporan Penelitian, Mental Health Foundation. Mental Health Foundation. (2010). *The lonely society?, 2010*. Inggris: Mental Health Foundation.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- _____. (2003). Self compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- _____. (2011). *Self compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York : HarperColins Publishers Inc.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007a). Self compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Nurlayli, R. K., & Hidayati, D. S. (2014). Kesepian pemilik hewan peliharaan yang tinggal terpisah dari keluarga. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 02, 01, 21-35.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. In H. S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of mental health*, 2, (571-581). San Diego, CA: Academic Press.
- Russel, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (varson 3):reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Tassin, J. M. (1999). *Integrating self-concept theory into a model of loneliness*. Honor project psychology, digital commons @IWU. Illinois Wesleyan University.
- Werner, K.H., Jazaieri, H., Goldin, P.R., Ziv, M., Heimberg, R., & Gross, J.J., (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress and Coping*, 25, 5, September, 543-558

ANALISIS DAMPAK SOSIAL, EKONOMI, DAN PSIKOLOGIS PENDERITA HIV AIDS DI KOTA DENPASAR

Dewa Putu Yudi Pardita¹
I Ketut Sudibia²

^{1,2}Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana, Bali,
Email: yudipardita@gmail.com

Abstract: The Social, Economic, and Psychological Impacts of HIV AIDS Sufferers In Denpasar. This study aims to investigate the social, economic, and psychological impacts of HIV AIDS sufferers in Denpasar. Data was collected with accidental sampling of 86 respondents of HIV AIDS sufferers in Denpasar. McNemar test was used to measure the social, economic, and psychological impacts of the respondents before and after being infected with the HIV AIDS disease. The findings of the research indicate that social variables that changes after getting infected are the intensity of the meeting, the intensity of visiting their family or relatives, the intensity of mutual cooperation, and the intensity of attending the invitation of traditional gatherings. The economics variable that changes is only the working hour. The psychological indicators namely stress, frustration, anxiety, anger, denial, shyness, and grief also experienced changes.

Keywords: the economic, psychological, and social impacts, HIV AIDS

Abstrak: Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV AIDS di Kota Denpasar.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak sosial, ekonomi, dan psikologis, penderita HIV AIDS di Kota Denpasar. Data primer dikumpulkan dengan aksidental sampel dari 86 responden penderita HIV AIDS di Kota Denpasar. Uji McNemar digunakan untuk mengukur dampak sosial, ekonomi, psikologis responden sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel sosial yang mengalami perubahan setelah terkena penyakit HIV AIDS adalah intensitas rapat, intensitas berkunjung ke rumah keluarga atau kerabat, intensitas gotong royong, dan intensitas menghadiri undangan adat. Variabel ekonomi yang mengalami perubahan hanya jam kerja. Variabel psikologis, yaitu stress, frustasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, dan berduka mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS.

Kata kunci: dampak ekonomi, dampak psikologis, dampak sosial, HIV AIDS

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi kesehatan setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Namun tidak mudah untuk mencapai tujuan ini, karena seiring perkembangan zaman berbagai macam penyakit muncul yang dapat menghambat pembangunan kesehatan (Mubarak, 2008).Kemajuan teknologi di bidang kesehatan tidak serta merta mampu memecahkan masalah ini, karena masih ada beberapa penyakit yang tidak bisa disembuhkan karena belum ditemukan obatnya, salah satu diantaranya adalah penyakit HIV AIDS.

Penyakit HIV AIDS menimbulkan stigma tersendiri bagi penderita dan masyarakat. Dampak

sosial, ekonomi, dan psikologis dirasakan sangat mendalam seperti yang diungkapkan oleh Kemensos (2011) bahwa, seseorang yang terjangkit HIV AIDS dapat berdampak sangat luas dalam hubungan sosial, dengan keluarga, hubungan dengan teman-teman, relasi dan jaringan kerja akan berubah baik kuantitas maupun kualitas. Orang-orang yang terjangkit HIV AIDS secara alamiah hubungan sosialnya akan berubah. Dampak yang paling berat dirasakan oleh keluarga dan orang-orang dekat lainnya. Perubahan hubungan sosial dapat berpengaruh positif atau negatif pada setiap orang. Reaksi masing-masing orang berbeda, tergantung sampai sejauh mana perasaan dekat atau jauh, suka dan tidak suka seseorang terhadap yang bersangkutan.

Latri Mumpuni (2001) dalam penelitiannya juga menemukan bahwa perilaku sosial penderita menunjukkan perilaku yang berubah-ubah dan sangat situasional, mengalami kesulitan melaksanakan

adaptasi sosial terhadap lingkungannya. Ketidakmampuan melaksanakan penyesuaian sosial terhadap lingkungan berpijak pada dua aspek, yaitu perilaku situasional yang dilakukannya menyebabkan yang bersangkutan tidak berkemampuan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya dan ketidakmampuan masyarakat untuk melakukan penyesuaian sosial terhadap penderita. Penemuan lain dalam penelitian ini, terjadi perubahan perilaku yang sedemikian cepat oleh para penderita. Perilaku yang ditampilkan tergantung pada kemampuannya untuk menafsirkan stimuli yang berasal dari lingkungannya, jika lingkungan memberikan dukungan, maka yang terjadi adalah penampilan perilaku secara konstruktif dan optimistik. Sebaliknya, jika menurut penafsirannya, ternyata lingkungan menolak, maka penderita akan menampilkan dirinya sebagai orang yang menarik diri, mengasingkan diri dan bahkan disertai dengan sikap menutup diri terhadap lingkungan sosialnya.

Dampak ekonomi yang disebabkan oleh penyakit HIV AIDS dipertegas oleh Carlos Avila-Figueroa dan Paul Delay (2009), yang menyatakan bahwa krisis ekonomi global yang terjadi diperparah dengan keadaan empat juta penderita berpenghasilan rendah dan menengah menerima pengobatan antiretroviral. Keadaan ini menyebabkan meningkatnya pengangguran, mengurangi kesejahteraan penderita HIV AIDS, khususnya di negara-negara miskin dengan penderita HIV AIDS yang tinggi, sedangkan bagi negara maju Produk Domestik Bruto yang dimiliki diproyeksikan menyusut rata-rata 3.8 persen untuk pengobatan antiretroviral ini. IMF memproyeksikan bahwa pertumbuhan ekonomi negara-negara berkembang akan turun dari 6.1 persen di tahun 2008 menjadi 1.6 persen pada 2009, sehingga hal ini mengharuskan pemerintah mengurangi ruang fiskal untuk pengeluaran dalam bidang kesehatan. Dana yang diperlukan bagi negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah untuk terapi bagi penderita HIV AIDS diperkirakan akan terus bertambah walaupun mendapat bantuan bilateral dari negara lain atau dari IMF.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Kota Denpasar karena jumlah kumulatif penderita HIV AIDS tertinggi di Provinsi Bali saat ini di tempati oleh Kota Denpasar, selain itu penelitian ini dilakukan karena belum ada informasi yang memadai tentang dampak sosial, ekonomi, dan psikologis penderita HIV AIDS. Penelitian ini menggunakan data kualitatif dan data

kuantitatif, kedua jenis data ini diperoleh melalui penelitian lapangan sehingga keduanya termasuk data primer. Penelitian tentang identifikasi dampak sosial, ekonomi, dan psikologis penderita HIV AIDS di Kota Denpasar menghasilkan kedua jenis data tersebut, untuk memperolehnya digunakan metode pengumpulan data dengan observasi, kuesioner, wawancara, dan wawancara mendalam.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali menyebutkan bahwa populasi penderita HIV AIDS di Kota Denpasar pada tahun 2012 mencapai 604 orang, dengan rincian 294 orang positif HIV dan 310 orang sudah memasuki tahap AIDS. Jumlah ini cukup besar dan tidak mungkin mempelajari semua yang ada dalam populasi karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu sehingga dapat digunakan sampel yang diteliti dalam populasi tersebut (Husein, 2003). Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2007).

Jumlah sampel yang harus dicari dalam penelitian ini adalah 86 orang penderita HIV AIDS di Kota Denpasar dengan menggunakan metode penentuan sampel, yaitu aksidental sampel. Aksidental sampel adalah metode penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data. Data yang sudah terkumpul, diolah dengan menggunakan uji statistik McNemar Test untuk menganalisis dampak sosial, ekonomi, psikologis responden sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Nilai probabilitas indikator sosial penderita HIV AIDS di Kota Denpasar yang kurang dari tingkat signifikan 0.05 adalah variabel intensitas keikutsertaan dalam rapat, intensitas berkunjung kerumah keluarga atau kerabat, intensitas keikutsertaan gotong royong di lingkungan sekitar tempat tinggal, dan intensitas menghadiri undangan adat. Artinya ada perbedaan intensitas keikutsertaan dalam rapat, intensitas berkunjung kerumah keluarga atau kerabat, intensitas keikutsertaan gotong royong di lingkungan sekitar tempat tinggal, dan intensitas menghadiri undangan adat, sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS. Nilai probabilitas indikator sosial penderita HIV AIDS di Kota Denpasar yang lebih dari tingkat signifikan 0.05 adalah variabel komunikasi, intensitas sembahyang/ibadah bersama keluarga atau masyarakat, dan interaksi dengan keluarga. Artinya tidak ada perbedaan

komunikasi, intensitas sembahyang/ibadah bersama keluarga atau masyarakat, dan interaksi dengan keluarga, sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS. Seperti data yang ditunjukkan pada Tabel 1 Uji McNemar Indikator Sosial.

Adebola A. Adedimeji, dkk (2010) menyatakan bahwa ketersediaan terapi antiretroviral di negara-negara maju mengubah kesejahteraan penderita HIV AIDS. Namun, di negara-negara berkembang transformasi tersebut belum terjadi karena masalah

Tabel 1
Uji McNemar Indikator Sosial

No	Indikator	N	Exact Sig. (2-tailed)
1	Komunikasi (Before) & Komunikasi (After)	86	.125 ^a
2	Intensitas Rapat (Before) & Intensitas Rapat (After)	86	.016 ^a
3	Intensitas Sembahyang (Before) & Intensitas Sembahyang (After)	86	.250 ^a
4	Intensitas Berkunjung (Before) & Intensitas Berkunjung (After)	86	.016 ^a
5	Interaksi Keluarga (Before) & Interaksi Keluarga (After)	86	.625 ^a
6	Intensitas Gotong Royong (Before) & Intensitas Gotong Royong (After)	86	.002 ^a
7	Menghadiri Undangan Adat (Before) & Menghadiri Undangan Adat (After)	86	.004 ^a

Sumber : Hasil Penelitian, 2014

Seiring kemajuan teknologi obat untuk penderita HIV AIDS telah ditemukan, walaupun tidak dapat menyembuhkannya tetapi obat yang dikonsumsi dapat membuat penderita hidup normal kembali layaknya sebelum terkena penyakit ini. Penderita HIV AIDS perlu mendapat dukungan dan semangat dari masyarakat beserta orang-orang terdekat, dalam hal ini adalah keluarga. Hasil penelitian lain (Sheung-Tak Cheng dan Benjamin Siankam, 2009) menjelaskan bahwa 13.5 persen dari orang tua berusia 60 tahun atau lebih hidup dengan cucu-cucu yang belum dewasa. Negara-negara yang mempunyai penderita HIV AIDS tinggi memiliki rumah tangga dengan sedikit orang di dalamnya, atau dalam kata lain hanya hidup dengan pasangannya saja tanpa mengajak keluarga lain atau kerabat. Dukungan keluarga dapat mengurangi dampak sosial dan ekonomi bagi penderita HIV AIDS di Negara Sub-Sahara Afrika.

Teknologi yang semakin berkembang dengan ditemukan obat yang bisa menekan perkembangan virus HIV AIDS memberi harapan baru kepada penderita HIV AIDS untuk hidup normal kembali seperti sebelum terkena penyakit ini. Kondisi fisik penderita HIV AIDS yang telah mengkonsumsi obat ini akan normal kembali, hal ini yang membantu seseorang penderita bebas dari diskriminasi sosial. Masyarakat akan sulit untuk percaya kepada penderita HIV AIDS yang sudah mengkonsumsi obat karena penampilan fisiknya yang normal.

sosial, ekonomi, kendala sistemik, dan lingkungan. Penelitian ini menguji dampak dari faktor-faktor sosial, ekonomi, psikologis, dan lingkungan terhadap kesehatan dan kesejahteraan ODHA yang tinggal di barat daya Nigeria. Penemuan menyoroti beberapa faktor, selain obat antiretroviral, penurunan kesejahteraan ODHA di barat daya Nigeria diperparah dengan memburuknya kesehatan fisik keluarga, kesejahteraan anak-anak, tekanan keuangan, dan kegagalan sistemik. Dukungan psikologi dan struktur sosial dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan kesehatan di antara ODHA sehingga memperbaiki kualitas hidup penderita HIV AIDS.

Nilai probabilitas indikator ekonomi yang kurang dari tingkat signifikan 0.05 adalah variabel jam kerja dengan nilai signifikansi sebesar 0.031 artinya ada perbedaan jam kerja, sebelum dan sesudah terkena HIV AIDS di Kota Denpasar, sedangkan nilai signifikansi indikator ekonomi yang lebih dari tingkat signifikan 0.05 adalah variabel keadaan bekerja atau tidak, lapangan pekerjaan, status pekerjaan, dan pendapatan. Artinya tidak ada perbedaan keadaan bekerja atau tidak, lapangan pekerjaan, status pekerjaan, dan pendapatan, sebelum dan sesudah terkena HIV AIDS di Kota Denpasar. Hasil penelitiannya seperti yang ditunjukkan pada Tabel 2 Uji McNemar Indikator Ekonomi.

Tabel 2
Uji McNemar Indikator Ekonomi

No	Indikator	N	Exact Sig. (2-tailed)
1	Bekerja Atau Tidak (Before) & Bekerja Atau Tidak (After)	86	.500 ^a
2	Lapangan Pekerjaan (Before) & Lapangan Pekerjaan (After)	86	1.000 ^a
3	Status Pekerjaan (Before) & Status Pekerjaan (After)	86	1.000 ^a
4	Pendapatan (Before) & Pendapatan (After)	86	.109 ^a
5	Jam Kerja (Before) & Jam Kerja (After)	86	.031 ^a

Sumber : Hasil Penelitian, 2014

Berdasarkan Tabel 2 jam kerja responden mengalami perubahan setelah terkena penyakit HIV AIDS, tetapi pendapatan responden tidak mengalami perubahan. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti perubahan jenis pekerjaan, absensi saat bekerja, dan lain-lain. Teknologi yang berkembang secara terus menerus turut serta memberikan kontribusi dengan ditemukannya obat bagi penderita HIV AIDS, yaitu obat yang bisa melawan virus ini, namun tidak bisa memamatkannya. Hal inilah yang menjadi faktor utama penderita HIV AIDS di Kota Denpasar tidak mengalami perubahan keadaan ekonomi, sebelum dan sesudah terkena virus HIV AIDS. Penderita HIV AIDS masih bisa bekerja secara normal dengan catatan harus selalu mengkonsumsi obat tersebut setiap hari.

Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan konsep mengenai dampak ekonomi bagi penderita HIV AIDS yang menyatakan bahwa epidemi HIV/AIDS akan menimbulkan biaya tinggi, baik pada pihak penderita maupun pihak rumah sakit. Hal ini dikarenakan obat penyembuh yang belum ditemukan, sehingga biaya harus terus dikeluarkan hanya untuk perawatan dan memperpanjang usia penderita. Orang-orang yang terjangkit HIV AIDS akan mengalami perubahan keuangan akibat penyakitnya. Dana yang diperlukan untuk keperluan pengobatan dan perawatan semakin lama semakin besar, sementara penghasilan menetap atau bahkan mungkin semakin menurun. Kemungkinan besar akhirnya akan mengalami kesulitan untuk memperoleh dana. Perubahan ini dapat terjadi karena kehilangan mata pencaharian, habisnya tabungan, hilangnya sumber-sumber bantuan keluarga, dan lain-lain, maka dari itu penelitian harus terus menerus dilakukan dan biaya lainnya sangat dibutuhkan seperti biaya untuk upaya-upaya pencegahan.

Keadaan ekonomi penderita, sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS tidak

mengalami perubahan secara signifikan karena dalam penelitian ini responden penderita HIV AIDS menyatakan bahwa obat yang dikonsumsi membuat mereka bisa mengembalikan kondisi fisik menjadi normal kembali sehingga mereka bisa bekerja secara rutin untuk memenuhi kebutuhan ekonominya. Disamping itu, obat yang diberikan kepada penderita HIV AIDS oleh pemerintah dan bantuan asing adalah obat gratis, sehingga penderita HIV AIDS tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli obat ini. Hal ini merupakan salah satu bentuk tanggung jawab dan perhatian pemerintah beserta donator asing terhadap penderita HIV AIDS.

Hasil penelitian ini berbanding lurus dengan Xiulan Zhang, dkk (2012) yang menyatakan bahwa rumah tangga ODHA yang bekerja pasca diagnosis memiliki tingkat pendapatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan rumah tangga ODHA yang berhenti bekerja pasca diagnosis. Pendapatan per kapita rumah tangga berhubungan dengan status perkawinan, karena status kawin dapat memberikan penghasilan tambahan secara signifikan. Penemuan lain adalah penderita yang penyakitnya masih dalam tahap HIV secara signifikan lebih kaya daripada penderita yang sudah memasuki tahap AIDS. Penderita HIV AIDS yang menerima pengobatan ART dapat terus bekerja untuk mendukung keuangan rumah tangganya, tahap tanpa gejala dapat bertahan selama sepuluh tahun, dan hasilnya ODHA dapat mendatangkan pendapatan dalam jumlah besar dari waktu ke waktu, bahkan ketika pekerjaan yang dilakukan dirasakan semakin berat bagi penderita HIV AIDS yang menyebabkan penderita mengubah lokasi kerja, posisi dalam pekerjaan atau penurunan intensitas pekerjaan. Pekerjaan sebagai wiraswasta dan petani adalah pekerjaan yang dapat membuat penderita HIV AIDS tetap bekerja dengan melawan tuntutan fisik dan pengurangan jam kerja karena gangguan fisik akibat penyakit HIV AIDS.

Christine U. Oramasionwu, dkk (2011) menyatakan bahwa HIV AIDS sudah menjadi pandemi di Sub-Sahara Afrika. Pandemi HIV AIDS secara perlahan menyebabkan berkurangnya tenaga kerja, mengurangi produktifitas pertanian, meningkatkan kemiskinan, dan mengubah struktur piramida penduduk di Afrika. Penyebaran HIV AIDS menimbulkan perubahan dalam dinamika populasi di Sub-Sahara Afrika karena meluasnya kematian terkait HIV AIDS akan menyebabkan penurunan pertumbuhan penduduk bagi negara-negara di Afrika. Perubahan dinamika populasi juga mengakibatkan penurunan jumlah usia produktif, kesenjangan gender, dan pada akhirnya berdampak pada kehilangan pekerjaan. Dinamika perubahan tersebut menyebabkan penderita HIV AIDS yang kehilangan pekerjaan akan mengeksploitasi lingkungan alam, penggunaan lahan secara berkelanjutan, dan memanfaatkan sumber daya yang dilindungi sebagai sarana utama untuk memperoleh pendapatan.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Dawn C. Parker, dkk (2009) yang mengeksplorasi keterkaitan antara HIV AIDS dengan ketersediaan tenaga kerja, produktifitas pertanian, sumber daya rumah tangga, konsumsi makanan, dan status kesehatan di tenggara pedesaan Uganda. Penyakit HIV AIDS berdampak negatif pada keadaan ekonomi, sosial, dan lingkungan di seluruh Sub-Sahara Afrika pada umumnya dan di tenggara pedesaan Uganda pada khususnya. HIV AIDS menyebabkan peningkatan janda, anak yatim, berkurangnya tenaga kerja karena sakit, dan hilangnya kepemilikan aset tanah. Masalah kompleks muncul karena HIV AIDS memberi beban sosial dan ekonomi bagi anggota rumah tangga yang terinfeksi awal sampai tahap AIDS. Penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi kebijakan tertentu, seperti

membantu rumah tanggamengembangkan portofolio lebih tangguh dari kegiatan pertanian, dapat membantu melindungi rumah tangga yang rentan terhadap beberapa guncangan akibat dari HIV AIDS. Namun ada hambatan yang signifikan untuk pembangunan berkelanjutan dimasyarakat yang terpengaruh oleh HIV AIDS karena sumber daya dalam komunitas ini terus berkurang, rumah tangga yang tidak memiliki hak aman ke tanah dan properti lainnya, tenaga kerja yang berkurang, hilangnya ketahanan pangan, kemiskinan, dan bahkan runtuhnya rumah tangga. Penemuan ini mengisyaratkan bahwa intervensi kebijakan yang langsung menangani kerentanan ini mungkin paling efektif dalam komunitas penderita HIV AIDS. Masyarakat setempat harus terlibat dalam mengidentifikasi dan merancang sesuai program yang efektif untuk mengatasi tantangan lokal. Penderita HIV AIDS harus bekerja tidak dalam isolasi tetapi bergandengan tangan dengan LSM dan pemerintah untuk mengatasi masalah ini.

Nilai Chi Square hitung seluruh indikator psikologis pada Tabel 3 lebih dari nilai Chi Square tabel sebesar 3.841 dan signifikan pada 0.000 artinya ada perbedaan psikologis, sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar. Reaksi psikologis penderita muncul ketika mengetahui dirinya terinfeksi HIV AIDS untuk pertama kalinya sehingga timbul rasa stress, frustrasi, cemas, marah, penyangkalan, malu, dan berduka. Obat yang dikonsumsi oleh penderita HIV AIDS mampu melawan virus HIV AIDS tetapi tidak dapat memamatkannya, hal inilah yang kemudian menjadi tekanan psikologis tersendiri bagi penderita untuk mengkonsumsi obat tersebut seumur hidupnya. Hasil penelitiannya seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3 Uji McNemar Indikator Psikologis.

Tabel 3
Uji McNemar Indikator Psikologis

No	Indikator	N	Chi-Square ^a	Asymp. Sig.
1	Stress (Before) & Stress (After)	86	71.014	.000
2	Frustrasi (Before) & Frustrasi (After)	86	71.014	.000
3	Kecemasan (Before) & Kecemasan (After)	86	72.014	.000
4	Kemarahan (Before) & Kemarahan (After)	86	61.016	.000
5	Penyangkalan (Before) & Penyangkalan (After)	86	64.015	.000
6	Rasa Malu (Before) & Rasa Malu (After)	86	64.015	.000
7	Berduka (Before) & Berduka (After)	86	63.015	.000

Sumber : Hasil Penelitian, 2014

Indikator psikologis dalam penelitian ini dirasakan ketika penderita HIV AIDS mengetahui dirinya terkena HIV AIDS untuk pertama kalinya. Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan bahwa ada perbedaan kondisi psikologis seseorang, sebelum dan setelah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar. Perubahan kondisi psikologis ini tetap ada walaupun sudah mengkonsumsi obat untuk HIV AIDS karena penderita harus beradaptasi dengan penyakit ini dan siap mengkonsumsi obat seumur hidup. Susan E. Varni, dkk (2012) menyatakan bahwa stigma yang terkait dengan HIV/AIDS merupakan tantangan psikologis kepada orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Stigma terkait stress pada kesejahteraan psikologis akan tergantung pada cara penderita HIV AIDS mengatasi perasaan tersebut. Stigma yang dirasakan mulai dari depresi, kecemasan, penurunan harga diri, kekhawatiran dengan sikap publik, masalah citra diri yang negatif, dan pengungkapan. Dua ratus penderita HIV AIDS dalam penelitian ini melaporkan cara-cara mengatasi dampak psikologis akibat HIV AIDS dengan cara terapi untuk mengembalikan kesejahteraan psikologis.

SIMPULAN DAN SARAN

Indikator sosial yang mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS adalah intensitas keikutsertaan dalam rapat, intensitas berkunjung ke rumah keluarga atau kerabat, intensitas keikutsertaan gotong royong di lingkungan sekitar tempat tinggal, dan intensitas menghadiri undangan adat. Sedangkan indikator sosial yang tidak mengalami perubahan setelah responden terkena HIV AIDS adalah variabel komunikasi, intensitas sembahyang/ibadah bersama keluarga atau masyarakat, dan interaksi dengan keluarga. Indikator ekonomi yang mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS adalah variabel jam kerja, artinya ada perbedaan jam kerja, sebelum dan sesudah terkena HIV AIDS di Kota Denpasar. Sedangkan indikator yang tidak mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS adalah variabel keadaan bekerja atau tidak, lapangan pekerjaan, status pekerjaan, dan pendapatan. Ada perbedaan kondisi psikologis responden yaitu stress, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, berduka, dan rasa malu sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar.

HIV AIDS merupakan penyakit yang disebarkan melalui virus, pola penyebarannya seperti gunung es sehingga sangat sulit untuk menentukan jumlah penderita sesungguhnya di Kota Denpasar, maka dari

itu diperlukan kesadaran dari berbagai lapisan masyarakat untuk mengurangi penyebaran penyakit ini. Kesadaran penderita HIV AIDS untuk berobat demi memperpanjang usia dan selalu berperilaku positif, dalam artian menjaga diri dan tidak berniat menyebarkan penyakit ini ke orang lain. Menghargai dan menghormati penderita HIV AIDS dengan cara tidak mengucilkan atau mendiskriminasi, karena pada hakikatnya penderita HIV AIDS tetap merupakan makhluk ciptaan Tuhan yang berhak hidup, dengan itu diharapkan para penderita HIV AIDS ini menemukan kembali semangat hidupnya dan kembali berkarya untuk bangsa. Pemerintah, swasta, dan seluruh lapisan masyarakat harus rajin menggalakan sosialisasi tentang pentingnya pengetahuan mengenai HIV AIDS serta bagaimana menanggulangnya dengan tujuan menekan penyebaran virus HIV AIDS. Pembangunan tempat berobat gratis lebih banyak lagi oleh pemerintah atau swasta yang diharapkan mampu mengenai seluruh penderita HIV AIDS.

REFERENSI

- Adebola A. Adedimeji., Olayemi O Alawode and Oluwole Odutolu. 2010. *Impact of Care and Social Support on Wellbeing Among People Living with HIV/AIDS in Nigeria*. Iranian J Publ Health, Vol. 39, No.2, 2010, pp.30-38.
- Carlos Avila-Figueroa and Paul Delay. 2009. *Impact of The Global Economic Crisis on Antiretroviral Treatment Programs*. HIV Ther. 3(6), 545-548.
- Christine U. Oramasionwu., Kelly R. Daniels., Matthew J. Labreche and Christopher R. Frei. 2011. *The Environmental and Social Influences of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Focus on Rural Communities*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 8, 2967-2979; doi:10.3390/ijerph8072967. [diunduh: 2 April 2013].
- Dawn C. Parker., Kathryn H. Jacobsen and Macion K. Komwa. 2009. *A Qualitative Study of the Impact of HIV/AIDS on Agricultural Households in Southeastern Uganda*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 6, 2113-2138; doi:10.3390/ijerph6082113. [diunduh: 2 April 2013].
- Husein. 2003. *Metode Penelitian Untuk Skripsi dan Tesis Bisnis*. Cetakan Kedua. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

- Kemensos. 2011. *Bahan Interaktif Kementerian Sosial dalam Rangka Peringatan Hari AIDS Sedunia*. Jakarta.
- Latri Mumpuni. 2001. *Perilaku Sosial Penderita HIV AIDS Dalam Menghadapi Reaksi Masyarakat*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Mubarak. 2008. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Gresik: Salema Medika.
- Sheung-Tak Cheng and Benjamin Siankam. 2009. *The Impacts of the HIV/AIDS Pandemic and Socioeconomic Development on the Living Arrangements of Older Persons in Sub-Saharan Africa: A Country -Level Analysis*. Am J Community Psychol, 44:136–147;DOI 10.1007/s10464-009-9243-y. [diunduh: 2 April 2013].
- Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Susan E. Varni., Carol T. Miller., Tara McCuin and Sondra Solomon. 2012. *Disengagement and Engagement Coping with HIV/AIDS Stigma and Psychological Well -Being of People with HIV/AIDS*. Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 31, No. 2, 2012, pp. 123-150.
- Xiulan Zhang., Yurong Zhang., Tamara Aleong., Tobi Baker and Esme Fuller-Thomson. 2012. *Factors Associated with the Household Income of Persons Living with HIV/AIDS in China*. Global Journal of Health Science Vol. 4, No. 3; 2012. www.ccsenet.org/gjhs. [diunduh: 2 April 2013].

OPTIMISME, HARAPAN, DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA, DAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN EPILEPSI

Aska Primardi¹
M. Noor Rochman Hadjam²

^{1,2}Program Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada
Jl. Sosio Humaniora No. 1, Yogyakarta
¹primardi.ask@gmail.com

Abstrak

Individu dengan penyakit parah seperti epilepsi dengan penyembuhan yang sulit dan terapi yang lama, kualitas hidup menjadi terlihat penting sebagai keluaran perawatan kesehatan yang diharapkan. Tujuan dari studi ini adalah untuk menguji interaksi optimisme, harapan dan dukungan sosial keluarga sebagai prediktor kualitas hidup pada Orang Dengan Epilepsi (ODE). Orang dengan epilepsi direkrut dari Klinik Epilepsi di Departemen Neurology Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta. Sebanyak 62 pasien epilepsi berhasil direkrut menjadi subjek dalam kurun waktu Mei 2009 sampai Juli 2009. Kualitas hidup orang dengan epilepsi, optimisme, harapan, dan dukungan sosial keluarga diukur menggunakan kuesioner dan juga melalui wawancara terhadap 5 orang pasien Klinik Epilepsi di Jakarta dan 4 orang di Semarang dan Yogyakarta. Optimisme, harapan, dukungan sosial keluarga memiliki kontribusi yang signifikan terhadap kualitas hidup. Menggunakan korelasi parsial tampak bahwa terdapat korelasi positif antara kualitas hidup dengan optimisme. Hasil wawancara memperlihatkan bahwa kualitas hidup secara efektif dipengaruhi oleh kesehatan fisik (aura, fungsi kognitif dan fisik), kesehatan psikis (kecemasan, kepercayaan diri, rasa malu, optimisme, harapan), dan kesehatan sosial (stigma, diskriminasi, dukungan sosial, peran sosial di pekerjaan dan pendidikan). Peran untuk meningkatkan kualitas hidup ODE tidak hanya berfokus pada parahnya epilepsi yang diderita, namun juga efek sosial dan psikologis dari epilepsi itu sendiri.

Kata Kunci: epilepsi, kualitas hidup, optimisme, harapan, dukungan sosial keluarga

OPTIMISM, HOPE, FAMILY SOCIAL SUPPORT AND PEOPLE WITH EPILEPSY'S QUALITY OF LIFE

Abstract

Persons with chronic disease such as epilepsy, where a cure is not attainable and therapy may be prolonged, quality of life has come to be seen as an important health care outcome. The purpose of this study is to determine the interaction of optimism, hope, and family support as predictors of quality of life in epilepsy case. People with epilepsy were recruited from Epileptic Clinic of Department of Neurology - Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta. The 62 patients were succeeded recruited as subject from May 2009 to July 2009. Quality of life in epilepsy, optimism, hope, and family support were diagnosed by using the questionnaire, and also were explored using interviews with 5 patients at Epileptic Clinic, and also 4 persons with epilepsy in Semarang and Yogyakarta. Optimism, hope, and family support appeared to contribute most significantly to the quality of life in epilepsy. As assessed by partial correlation analysis, there are positive relationship most significantly between quality of life and optimism. The result of interview showing that quality of life in epilepsy was obviously affected by physical health

(aura, cognitive function, physical function), psychological health (anxiety, self-confidence, shyness, optimism, hope) and social health (stigma, discrimination, social and family support, role status in work and education). The role in improving person with epilepsy's quality of life may not only focus heavily on the epilepsy, but also the social and psychological effects of epilepsy.

Key Words: *epilepsy, quality of life, optimism, hope, family social support*

PENDAHULUAN

Setiap manusia dalam perkembangannya di usia tertentu memiliki tugas yang berbeda-beda. Dalam masa anak-anak, seseorang beraktivitas dan bermain bersama teman-temannya. Ketika mencapai tahap remaja, seseorang mengalami perkembangan biologis, mulai muncul ketertarikan dengan lawan jenis, mencari identitas, mendapatkan kebebasan emosional dari orang tua, dan juga membentuk perkumpulan bersama untuk mencapai tujuan bersama. Pada tahap dewasa, seseorang mulai belajar bertanggung jawab akan segala tindakannya, berusaha meraih tujuannya, dan juga aktif dalam kehidupan bermasyarakat.

Kualitas hidup yang baik ditemukan pada seseorang yang dapat menjalankan fungsi dan perannya dalam kehidupan sehari-hari dengan baik, sesuai tahap perkembangannya. Menurut Renwick, Brown, dan Nagler (1996), kualitas hidup individu dapat dilihat dari lima hal, yaitu produktivitas kerja, kapabilitas intelektual, stabilitas emosi, perannya dalam kehidupan sosial, serta ditunjukkan dengan adanya kepuasan hidup yang baik dari segi materi maupun non-materi.

Pencapaian kualitas hidup yang baik tidaklah mudah, seringkali ada berbagai macam hal yang dapat menghalanginya, salah satunya adalah masalah kesehatan, yaitu gangguan epilepsi. Kualitas hidup yang baik menjadi hal penting bagi Orang Dengan Epilepsi (ODE), mengingat kesembuhan sulit dicapai dan pengobatan dapat memakan waktu yang lama.

Seseorang baru boleh dinyatakan sebagai ODE dengan segala konsekuensinya bila telah dapat dibuktikan secara medis. Buktinya adalah pada tubuh atau otak orang tersebut tidak ditemukan penyebab kejang lain yang dapat dihilangkan atau disembuhkan. Penyebab yang dapat disembuhkan misalnya adalah tumor, atau malformasi dari pembuluh darah, atau sisa darah di permukaan otak yang mengiritasi otak (Arifin, 2004)

Kualitas hidup yang rendah ditemukan pada anak-anak dengan gangguan epilepsi. Beberapa hal yang mempengaruhi kualitas hidup adalah tingkat pendidikan, perkembangan mental, usia pada saat didiagnosis, usia awal munculnya serangan, frekuensi serangan, durasi serangan, dan jumlah obat. Selain itu, satu fakta yang ditemukan adalah keceemasan orang tua menjadi prediktor rendahnya kualitas hidup pada anak-anak dengan gangguan epilepsi (Yong, Chengye, dan Jiong, 2006).

Gangguan epilepsi dapat menyerang siapapun, anak-anak, orang dewasa, para orang tua bahkan bayi yang baru lahir. Rentang usia ODE adalah 20-70 tahun per 100.000 orang, dengan prevalensi jumlah 4-10 orang per 1000 (Baker dan Jacoby, 2002). WHO (2009) menambahkan bahwa sekitar 50 juta penduduk di seluruh dunia mengidap epilepsi. Sebanyak 90% ODE ditemukan pada negara-negara berkembang, dan sebagian besar ODE belum mendapatkan perlakuan sesuai yang dibutuhkan. Perkiraan persentase jumlah ODE pada sebuah negara adalah sekitar 1.9-2% dari total jumlah penduduk suatu negara (PDPERSI, 2002).

ODE sebenarnya dapat hidup normal, produktif, dan mencapai kedudukan dalam masyarakat, bila mendapat pengobatan yang tepat. Prevalensi ODE di Indonesia memang sulit diketahui, sebab banyak orang tua yang menyembunyikan kenyataan bahwa anaknya memiliki gangguan epilepsi. Hal ini disebabkan karena hingga saat ini masyarakat masih menganggap gangguan tersebut sebagai kutukan (PDPERSI, 2000). Berdasarkan prosentase jumlah ODE pada satu negara, jumlah ODE di Indonesia diperkirakan ada sekitar 4 juta orang (PDPERSI, 2002). Jumlah data yang terkumpul sampai tahun 2006 hanya sampai pada angka 1-1.5 juta orang ("Penderita epilepsi tidak sembuh," 2006). Dari total 1.5 juta orang tersebut, sekitar 20% ODE di Indonesia belum dapat disembuhkan. Sebanyak 20% lainnya baru dapat disembuhkan dengan menjalani operasi, dan sisanya (60%) dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur. Sebanyak 20% ODE yang telah menjalani operasi tersebut, mengalami penurunan jumlah serangan yang signifikan, dan juga ada yang sama sekali tidak mendapatkan serangan kembali. Sisanya, sebanyak 80% ODE masih mengalami serangan.

Segala bentuk masalah psikososial ODE disebabkan oleh beberapa hal. Pertama, dari gangguan epilepsi itu sendiri. Kedua, akibat dari efek samping pengobatannya. Ketiga, secara tidak langsung merupakan konsekuensi sebagai orang yang hidup dengan gangguan epilepsi. Hal ini disebabkan masih adanya stigma sosial tentang epilepsi. Stigma yang bersifat negatif ini seringkali menjadi faktor pemicu stres yang lebih dominan daripada faktor medis, ataupun psikis. Label sosial inilah yang dapat memperburuk masalah pada ODE, contohnya adalah masalah pekerjaan, ataupun stigma negatif masyarakat tentang epilepsi (Argyriou dkk., 2004).

Optimisme bahwa kondisi masa depan ODE akan lebih baik merupakan

dasar dalam usaha peningkatan kualitas hidup. Seligman (1991) mengemukakan bahwa optimisme berhubungan dengan pola pikir tentang suatu kejadian yang menimpa seseorang, khususnya kejadian buruk. Optimisme merupakan kemampuan seseorang untuk menginterpretasi secara positif segala kejadian dan pengalaman dalam kehidupannya. Segala sesuatu dimulai dari pikiran seseorang, yang kemudian diwujudkan dalam perilaku.

Hasil wawancara awal di Semarang pada tanggal 9-11 Oktober 2008 menunjukkan bahwa ODE memiliki harapan untuk mencapai kualitas hidup lebih baik, dapat beraktivitas seperti orang normal pada umumnya, dan juga berkurangnya frekuensi serangan. Tinggi rendahnya harapan seseorang, ditunjukkan melalui seberapa besar usahanya dalam mencapai tujuan yang diinginkan (Snyder dan Lopez, 2007). Di dalam mencapai harapan tersebut, satu hal penting bagi ODE adalah adanya kesadaran akan perilaku sehat yaitu menghindari 5K (Kelelahan, Kedinginan, Kepanasan, Kepikiran, Kelaparan) untuk meminimalisir munculnya serangan. Dengan demikian, dalam pencapaian harapannya, ODE dapat menjalani aktivitas normal tanpa melupakan 5K.

Usaha ODE dalam pencapaian kualitas hidup yang baik tentunya membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitar, yaitu keluarga. Lothman dan Pianta (dalam Goldstein, 2000) mengemukakan bahwa kualitas interaksi yang baik antara ODE-keluarga, dan hubungan baik antara keduanya, dapat menjadi prediktor kesuksesan ODE untuk beradaptasi dalam lingkungan masyarakat, dan kemandirian ODE dalam penyelesaian masalah.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh optimisme, harapan, dan dukungan sosial keluarga, sebagai prediktor kualitas hidup ODE. Manfaat penelitian dapat memberikan sumbangan

informasi, dan memperkaya ilmu psikologi, khususnya psikologi klinis, membantu pemeriksaan kualitas hidup ODE secara berkala oleh pihak rumah sakit, dan juga sebagai sarana sosialisasi tentang epilepsi. Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah (1) ada hubungan positif antara optimisme, harapan, dan dukungan sosial keluarga, dengan kualitas hidup ODE, (2) ada hubungan positif antara optimisme dengan kualitas hidup ODE, (3) ada hubungan positif antara harapan dengan kualitas hidup ODE, dan (4) ada hubungan positif antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup ODE.

METODE PENELITIAN

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah optimisme, harapan, dan dukungan sosial keluarga. Sementara itu variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kualitas hidup ODE.

Subjek penelitian ini adalah pasien di Poli Epilepsi Departemen Neurologi Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM). Kriteria subjek dalam penelitian ini adalah pasien yang telah didiagnosis oleh dokter secara medis memiliki gangguan epilepsi, berjenis kelamin pria dan wanita tingkat pendidikan minimal SD atau yang sederajat, berusia minimal 17 tahun, tidak memiliki riwayat menderita penyakit kronis lain, dan bersedia menjadi subyek penelitian tanpa adanya paksaan. Kelengkapan data pasien yang menjadi subjek penelitian ini didapatkan dari catatan rekaman medik Poli Epilepsi.

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode skala untuk mengungkap respon pribadi subjek, dan kemudian diikuti wawancara pada beberapa subjek untuk melengkapi data. Pertanyaan-pertanyaan dalam wawancara disusun berdasarkan alat ukur penelitian kuantitatif, sehingga diharapkan data

hasil wawancara dapat melengkapi data kuantitatif.

Skala pengukuran yang digunakan yaitu Skala Optimisme yang disusun berdasarkan konsep optimisme dari Seligman (1991), Skala Harapan yang disusun berdasarkan konsep harapan dari Snyder (1994), Skala Dukungan Sosial Keluarga yang disusun berdasarkan konsep dukungan sosial dari Taylor (2006), dan Skala Kualitas Hidup ODE yang mewakili 5 indikator kualitas hidup ODE, yaitu faktor serangan, kemampuan dalam belajar atau bekerja, kemampuan dalam bermain, kemampuan dalam bercinta, serta kemandirian dalam pengelolaan kesehatan.

Data yang diperoleh peneliti dalam penelitian ini dianalisis secara statistik dengan menggunakan analisis regresi linear untuk menguji seberapa pengaruh optimisme, harapan dan dukungan sosial keluarga, sebagai prediktor kualitas hidup ODE. Analisis korelasi parsial digunakan untuk menguji hubungan antara optimisme dan kualitas hidup ODE, harapan-kualitas hidup ODE, dan dukungan sosial keluarga-kualitas hidup ODE. Analisis dapat dilakukan setelah persyaratan uji asumsi (uji normalitas dan multikolinearitas) terpenuhi. Keseluruhan komputasi dan analisis data dilakukan menggunakan perangkat lunak statistik SPSS 16.0.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data kuantitatif didapatkan dari 62 ODE yang juga merupakan pasien Poli Epilepsi Departemen Neurologi RSCM Jakarta. Sedangkan data wawancara diperoleh dari 9 ODE, melalui wawancara di Semarang (3 ODE), di RSCM (5 ODE), dan di Yogyakarta (1 ODE). Tabel 1 menunjukkan skor setiap variabel penelitian.

Tabel 1. Deskripsi Data Skor Setiap Variabel dalam Penelitian

Deskripsi Statistik	Variabel			
	Optimisme	Harapan	Dukungan Sosial Keluarga	Kualitas Hidup ODE
Rerata hipotetik	4	2	6	10
Rerata empirik	4.42	3.03	9.11	12.81
Deviasi standar hipotetik	1.333	0.667	2	3.333
Deviasi standar empirik	1.477	0.809	1.793	3.120

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa subjek memiliki optimisme, harapan, dukungan sosial, dan kualitas hidup yang tinggi. Hal ini dapat dilihat dari rerata empirik yang lebih besar daripada rerata hipotetiknya. Hasil analisis regresi linear menunjukkan adanya hubungan positif yang sangat signifikan antara optimisme, harapan, dan dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup ODE ($r = 0.436$; $p < 0.01$). Hasil analisis korelasi parsial menunjukkan beberapa hal. Pertama, terdapat hubungan positif yang sangat signifikan antara optimisme dengan kualitas hidup ODE ($r = 0.323$; $p < 0.01$). Kedua, terdapat hubungan positif yang signifikan antara harapan dengan kualitas hidup ODE ($r = 0.275$; $p < 0.05$). Ketiga, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup ODE ($r = 0.006$; $p > 0.05$).

Penilaian kualitas hidup ODE lebih difokuskan pada status kesehatan yang dikaitkan dengan kualitas hidup (*health-*

related quality of life/HRQOL), yang meliputi kesehatan fisik, psikis, sosial, kesejahteraan, dan juga bagaimana ODE menjalankan fungsinya dalam kehidupan sehari-hari (Jacoby, 2000; Goldstein, 2000).

Detail dari wawancara terhadap subjek pada Tabel 2 memperlihatkan hasil yang menarik. Hasil wawancara pada tiga (3) ODE yang telah operasi menunjukkan bahwa perbaikan kondisi fisik pasca operasi membuat ketiga subjek menjadi lebih percaya diri dan dapat menjalankan pekerjaan yang semula dilarang ketika mereka masih terganggu oleh epilepsi. Perbaikan kondisi fisik juga harus diikuti dengan perbaikan kondisi psikologis dan sosial. AN adalah ODE yang telah menjalani operasi, namun masih memiliki rasa tidak percaya diri, malu, dan rendah diri. Pada akhirnya AN pun masih sering mengalami serangan dan berpendapat bahwa hidupnya akan berakhir setelah terkena serangan.

Tabel 2. Deskripsi Subjek Wawancara

No.	Nama	Jenis kelamin	Usia	Operasi	Tempat	Waktu
1	RN	Laki-laki	37	Sudah	Rumah (Semarang)	Oktober 2008
2	IS	Laki-laki	28	Sudah	Rumah (Semarang)	Oktober 2008
3	LI	Perempuan	19	Sudah	Rumah (Semarang)	Oktober 2008
4	YL	Perempuan	25	Belum	RSCM (Jakarta)	Juni 2009
5	DK	Perempuan	31	Belum	RSCM (Jakarta)	Juni 2009
6	AE	Laki-laki	22	Belum	RSCM (Jakarta)	Juni 2009
7	RW	Perempuan	21	Belum	RSCM (Jakarta)	Juni 2009
8	NV	Laki-laki	41	Belum	RSCM (Jakarta)	Juni 2009
9	AN	Laki-laki	21	Sudah	Cafe (Yogyakarta)	Juli 2009

Prof. DR. dr. Zainal Muttaqin, Sp. BS, dalam sambutannya pada acara ramah tamah dan temu kangen PWE (*People With Epilepsy*) di Surabaya pada tanggal 4 Juli 2009, menambahkan bahwa gangguan epilepsi bukan hanya kejang dan diatasi lewat pengobatan atau operasi, tetapi juga menyangkut persoalan sosial, ekonomi, pergaulan, kepribadian, dan sebagainya. Gangguan kepribadian, seperti rasa rendah diri, lebih sulit diatasi daripada gejala kejang-kejangnya. Kepercayaan diri menjadi hal yang penting bagi ODE dalam menjalani kesehariannya. NV adalah ODE yang belum menjalani operasi, namun dengan bekal rasa kepercayaan dirinya yang besar, NV dapat menjalani pekerjaannya seperti orang normal. NV optimis bahwa dengan modal keyakinan, gangguan epilepsinya suatu saat nanti dapat teratasi.

Hasil korelasi parsial pertama menunjukkan bahwa dengan mengontrol variabel harapan dan dukungan sosial keluarga, terdapat hubungan positif yang sangat signifikan antara optimisme dengan kualitas hidup ODE. Optimisme pada ODE dapat membantu ODE untuk menyikapi kejadian yang dialaminya secara positif. Hal ini senada dengan hasil penelitian Kung, Rummans, Colligan, dan Clark (2006) pada para penderita kanker, yang menunjukkan bahwa optimisme berhubungan dengan tingginya kualitas hidup.

Saat ini di dalam masyarakat memang masih terdapat kesalahpahaman tentang epilepsi karena minimnya informasi. Pada umumnya masyarakat menganggap bahwa serangan epilepsi hanya berbentuk kejang keluar buih, namun sebenarnya tipe serangan itu bermacam-macam. RN mengalami serangan berupa pengulangan kata secara tidak sadar, AN mengalami serangan berupa bengong, YL menceritakan bahwa orang lain merasa jijik dan takut tertular ketika melihatnya terkena serangan. Segala permasalahan sosial tersebut dapat disikapi ODE

dengan optimis. ODE percaya bahwa tidak semua orang akan menjauhinya, masih ada keluarga dan teman-teman dekat yang menyayangnya, dan percaya bahwa masyarakat dapat memahami epilepsi jika mendapat informasi yang lengkap. Hal inilah yang kemudian mendorong RN untuk mau berbagi informasi tentang epilepsi dengan menulis dalam buletin gereja, ataupun membagikan tulisannya kepada orang lain.

Adanya rasa optimis dapat membantu ODE dalam menyikapi gangguan epilepsi yang dimilikinya (Mrabet, Zouari, dan Ghachem, 2004). Optimisme membantu ODE dalam melakukan pertolongan sendiri ketika sedang menghadapi permasalahan, dan juga menjadi motif tersendiri bagi ODE untuk terus berusaha mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Tanpa adanya rasa optimis, ODE akan menjadi mudah menyerah. AN contohnya, tidak sepenuhnya percaya bahwa kondisinya akan membaik, sehingga cenderung khawatir bahwa segala aktivitasnya hanya akan membuatnya kelelahan dan mudah terkena serangan. Segala tindakan berawal dari pikiran, dan ketika sudah terbentuk pemikiran akan terkena serangan, maka yang terjadi adalah ODE benar-benar terkena serangan dan tidak dapat beraktivitas normal.

Hasil korelasi parsial kedua menunjukkan bahwa dengan mengontrol variabel optimisme dan dukungan sosial keluarga, terdapat hubungan positif yang signifikan antara harapan dengan kualitas hidup ODE. Seseorang dengan harapan yang tinggi akan memiliki energi lebih untuk memotivasi diri berperan aktif dalam penyelesaian masalah, dan terus berkembang (Bluvol dan Marilyn, 2004).

Harapan terbesar ODE adalah dapat terbebas dari serangan dan dapat beraktivitas normal. Untuk mencapainya, ODE disarankan untuk menghindari 5K (Kepanasan, Kedinginan, Kelaparan, Ke-

pikiran, Kelelahan) untuk mencegah serangan. Setiap orang juga memiliki kerentanan terhadap 5K tersebut. Perbedaannya adalah tingkat sensitivitasnya. ODE menjadi lebih sensitif terhadap 5K, sehingga disarankan untuk mencegahnya agar tidak terkena serangan. Orang normal memiliki batas toleransi yang lebih tinggi terhadap 5K daripada ODE.

ODE memang disarankan untuk menghindari 5K, namun bukan berarti ODE lantas harus membatasi segala aktivitasnya. Usaha mencegah serangan dilakukan dengan cara mengontrol kondisi, tidak banyak pikiran, namun juga harus mengisi kegiatan, agar seimbang. Kesibukan dapat membantu seseorang dalam 'melupakan sejenak' penyakitnya (Velasco, Gonzalez, Etxeberria, dan Gracia-Monco, 2003). Dengan demikian, kata kuncinya adalah fleksibilitas dalam aktivitas sehari-hari.

Sebagian besar ODE dapat merasakan sebuah aura pertanda munculnya serangan. Hal ini bermanfaat dalam usaha pencegahan kecelakaan saat serangan. Aura pertanda serangan ada berbagai macam. RN dan IN misalnya merasakan aura itu dari perut yang kemudian naik sampai ke kepala. AN mendapatkan aura dengan telinga yang tiba-tiba berdengung. Namun demikian, ODE IS dan RW tidak dapat merasakan aura, sehingga kecelakaan saat serangan sulit dihindari. Hal ini disebabkan karena masalah neuropsikologis seperti perbedaan letak fokus epilepsi pada otak. Minimnya sosialisasi tentang aura ini, seringkali menyebabkan ODE dan masyarakat mengaitkan aura dengan hal-hal mistik.

Hasil korelasi parsial ketiga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup ODE. Berdasarkan hasil penelitian ini, ternyata adanya dukungan sosial keluarga tidak selalu dapat memunculkan peningkatan kualitas hidup ODE. Ada dua hal yang dapat menjadi penyebab ditolaknya

hipotesis ini. Pertama, rentang usia subjek penelitian terlalu luas, sehingga bentuk dukungan sosial keluarga pada ODE remaja dan ODE dewasa tentunya berbeda. Kedua, ODE tidak merasakan dukungan sosial dari keluarganya. Skala dukungan sosial keluarga yang digunakan bertujuan untuk mengukur seberapa besar dukungan sosial keluarga yang diberikan. Keluarga ODE memberikan dukungan, namun belum tentu hal tersebut dipersepsi ODE sebagai dukungan (Wortman dan Conway, 1985).

Dari hasil wawancara, terdapat dua macam persepsi ODE terhadap reaksi keluarganya. Pertama, ODE menilai bahwa keluarga cenderung bersifat terlalu melindungi (Yong, Chengye, dan Jiong, 2006). Kekhawatiran keluarga akan aktivitas AE, membuat AE tidak tenang dalam menjalani aktivitas. Kedua, ODE menilai bahwa keluarganya tidak peduli dengan kondisinya. YL menilai kakaknya takut tertular gangguan epilepsi yang dimilikinya, sehingga kakaknya tidak mau berbagi makanan dan minuman. RW merasa bahwa orang tuanya tidak mendukungnya dalam usaha penyembuhan. Orang tua RW marah-marah jika melihat RW terkena serangan, ataupun ketika ia minta uang untuk kontrol rutin ke dokter.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup ODE adalah dukungan sosial dalam konteks yang lebih luas. IS, DK, dan AN mendapatkan dukungan sosial dari keluarganya, namun pendidikan dan pekerjaannya terhambat karena rendahnya dukungan sosial dari teman atau rekan kerjanya. Permasalahan yang dihadapi ketiga ODE tersebut antara lain resiko dikeluarkan dari pekerjaan jika atasan mengetahui riwayat epilepsi, rasa malu jika mengalami serangan di muka umum, adanya ejekan yang menyebabkan rasa rendah diri dan tidak percaya diri pada ODE. Sebaliknya, dukungan sosial dari teman-teman dapat menghilangkan rasa rendah diri yang dimiliki RW sebagai ODE.

Selain itu, dukungan lain yang bermanfaat bagi ODE adalah dukungan sesama ODE. RN mendapatkan dukungan informasi tentang operasi dari sebuah komunitas ODE di Semarang. Sedangkan LI mendapatkan dukungan informasi operasi dari sebuah surat pembaca yang ditulis oleh orang tua IS tentang keberhasilan operasi epilepsi. Forum komunitas ODE dapat menjadi hal yang penting bagi ODE.

Saran untuk melakukan operasi perlu dipertimbangkan oleh ODE yang memenuhi prasyarat operasi. Semakin cepat pembedahan atau operasi dilaksanakan, maka semakin baik. Hasil analisis setelah proses operasi berjalan 2 tahun menunjukkan bahwa semakin dini operasi dilakukan, hasilnya semakin baik. ODE dengan riwayat sakitnya kurang dari 10 tahun, atau yang umurnya waktu operasi kurang dari 25 tahun, hasil bebas kejangnya sekitar 85-86 %. Sedangkan yang lebih dari 10 tahun, dan umurnya lebih dari 25 tahun, angkanya sekitar 65-70%.

Arifin (2004) menambahkan bahwa ada hal lain yang patut menjadi pertimbangan untuk segera mendapatkan operasi. Hal yang dimaksud adalah terapi obat untuk epilepsi dalam jangka waktu lama, cenderung mengurangi kemampuan ODE untuk berpikir dan bekerja secara efektif. Epilepsi adalah gangguan yang menahun, sehingga penurunan kualitas hidup dan fungsi kognitif ODE yang turun pelan-pelan tidak menjadi perhatian orang di sekelilingnya. Epilepsi biasanya muncul pada usia sekolah, sehingga obat yang mempunyai efek penenang akan mengganggu performa di sekolah dan penyesuaian diri untuk taraf umurnya. Oleh karena itu, jika ditemui kasus epilepsi yang responsif terhadap pembedahan, semakin cepat dilakukan terapi semakin besar hasil yang didapat.

Pengaruh gangguan epilepsi terhadap hambatan kognitif dan belajar nampak pada RW. Pendidikan RW terhambat, harus mengikuti kejar paket C

untuk lulus Sekolah Menengah Atas, dan tidak merencanakan kuliah. RN sempat mengalami kesulitan dalam mengingat sebelum operasi, dan membaik pasca operasi. IS mengalami hambatan dalam belajar karena lupa, dan disarankan dokter boleh melanjutkan kuliah setelah operasi, dengan pertimbangan bahwa banyaknya pikiran ketika kuliah dapat menjadi faktor pencetus serangan. IS pun baru mulai kuliah di usia 26 tahun. DK mengalami kesulitan dalam mempelajari hal-hal baru. DK ingin bisa cepat memahami tetapi sulit, dan mudah lupa. AN sulit memahami materi kuliah, dan jika terlalu berkonsentrasi, ada kekawatiran akan munculnya serangan.

Hasil uji t pertama menegaskan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara ODE laki-laki dengan ODE perempuan, yang ditunjukkan dengan besaran nilai $t = 0.660$ dan $p = 0.512$ ($p > 0.05$). Hal ini senada dengan hasil penelitian sebelumnya dari Choi-Kwon dkk. (2003), Lua dkk. (2007), dan Hawari (2006).

Hasil uji t kedua menegaskan bahwa tidak terdapat perbedaan optimisme yang signifikan antara ODE laki-laki dan ODE perempuan, dengan besaran nilai $t = 1.342$ dan $p = 0.160$ ($p > 0.05$). Hal ini mungkin disebabkan karena optimisme bukan ditentukan oleh perbedaan gender, namun ditentukan oleh kemampuan seseorang untuk menyikapi segala permasalahan yang dihadapinya secara positif.

Hasil uji t ketiga menegaskan bahwa terdapat perbedaan harapan yang signifikan antara ODE laki-laki dan ODE perempuan, dengan besaran nilai $t = 2.008$ dan $p = 0.049$ ($p < 0.05$). Rerata skor harapan ODE laki-laki lebih tinggi (3.27 ± 0.724) daripada rerata skor harapan ODE perempuan (2.86 ± 0.833). Pitaloka (2008) mengemukakan bahwa kesuksesan seseorang dalam pencapaian tujuan ditentukan oleh kemampuannya dalam mengatasi rintangan, pemicu stres, ke-

mampuannya menghasilkan emosi positif, dan usahanya dalam mencapai tujuan. Hart dan Sander (2008) menambahkan bahwa terdapat permasalahan khusus yang hanya dihadapi oleh perempuan, seperti menstruasi dan kehamilan, dan pengaruh obat anti epilepsi terhadap kedua hal tersebut. ODE perempuan lebih sering terkena serangan ketika memasuki masa pra-menstruasi. Hal ini disebabkan karena permasalahan hormonal, yang berujung pada peningkatan stress, seperti yang diceritakan oleh salah satu subjek wawancara, DK.

Hasil uji t keempat menegaskan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara ODE bertipe serangan parsial dengan ODE bertipe serangan umum. Hal ini ditunjukkan dengan besaran nilai $t = -0.449$ dan $p = 0.655$ ($p > 0.05$). Hasil wawancara menunjukkan bahwa ODE lebih cenderung menilai kualitas hidupnya dari sisi psikis dan sosial. Permasalahan yang sering dijumpai pada ODE bukan hanya permasalahan serangan saja, tetapi juga implikasinya terhadap permasalahan psikologis (rasa malu, rendah diri, tidak percaya diri), dan juga permasalahan sosial (stigma negatif, diskriminasi sosial).

Hasil uji t kelima menegaskan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup yang sangat signifikan antara ODE yang bekerja dan ODE yang tidak bekerja, yang ditunjukkan dengan besaran nilai $t = 2.715$ dan $p = 0.009$ ($p < 0.01$). Rerata skor kualitas hidup ODE yang bekerja (13.74 ± 3.068) lebih tinggi daripada ODE yang tidak bekerja (11.68 ± 2.842). Pada kondisi normal, ODE sulit dibedakan dengan orang normal, dan ODE hanya sakit selama beberapa menit saat terkena serangan. Dengan demikian, ODE masih dapat bekerja dengan pengawasan yang lebih ketat daripada orang pada umumnya. Manfaat pekerjaan bagi ODE antara lain dapat membantu ODE untuk melupakan sejenak kondisi

sakitnya, dan menghilangkan stres karena aktivitas yang terbatas.

Hasil analisis sidik ragam satu jalur pertama menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan berdasarkan frekuensi serangan yang dialaminya setahun terakhir (< 10 kali, ≥ 10 kali, bebas serangan). Hal ini ditunjukkan dengan besaran nilai $F = 0.546$ dan $p = 0.582$ ($p > 0.05$). Pengobatan yang dilakukan ODE untuk mencapai kondisi bebas serangan membutuhkan waktu yang lama, di samping itu masih ada juga efek samping obat terhadap kemampuan kognitif ODE. Dengan demikian, ODE dapat saja terbebas dari serangan, namun belum tentu dapat menjalankan aktivitas belajar dan bekerja. Hal yang sebaliknya ditemukan dari hasil wawancara pada ODE yang telah menjalani operasi dan terbebas dari serangan. Semakin dini ODE dapat terbebas dari serangan, semakin besar kemungkinan peningkatan kualitas hidupnya. Permasalahan kognitif akibat epilepsi dapat diminimalisir melalui tindakan operasi sedini mungkin. ODE pasca operasi menceritakan bahwa setelah terbebas dari serangan, mereka dapat beraktivitas normal, dan melakukan hal-hal yang sebelumnya dilarang karena adanya kekhawatiran munculnya serangan.

Hasil analisis sidik ragam satu jalur kedua menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara ODE berdasarkan tingkat pendidikannya (SD, SMP, SMA, perguruan tinggi). Hal ini ditunjukkan dengan besaran nilai $F = 2.392$ dan $p = 0.078$ ($p > 0.05$). Gangguan epilepsi dapat menyerang siapapun, dan pada usia berapapun. Permasalahan kognitif seperti kesulitan berkonsentrasi dan mengingat hampir dijumpai pada setiap ODE dengan tingkat pendidikan yang berbeda. Permasalahan tersebut pada akhirnya menghambat ODE dalam menjalani proses pendidikan dan pekerjaan.

SIMPULAN

Beberapa simpulan yang dapat diambil berdasarkan penelitian ini antara lain adalah bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup antara ODE laki-laki dan perempuan, tidak terdapat perbedaan optimisme antara ODE laki-laki dan perempuan, tetapi terdapat perbedaan harapan antara ODE laki-laki dan perempuan. Juga ditemukan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup antara ODE dengan serangan parsial atau tidak, tetapi terdapat perbedaan kualitas hidup antara ODE yang bekerja dan tidak bekerja. Frekuensi serangan epilepsi juga ditemukan tidak memberikan kualitas hidup berbeda, dan juga kualitas hidup tidak berbeda berdasarkan tingkat pendidikan. Gangguan epilepsi dapat diatasi, baik dengan pengobatan teratur ataupun operasi, dan perlu juga diikuti dengan penyelesaian permasalahan sosial dan psikologis terkait dengan gangguan epilepsi. Komunikasi menjadi kunci bagi ODE dan keluarga agar dukungan sosial dari keluarga dapat efektif dan ODE pun dapat merasakan manfaat dukungan sosial keluarga bagi kehidupannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Argyriou, A. A., Papapetropoulos, S., Polychronopoulos, P., Corcondilas, M., Argyriou, K., and Heras, P. 2004 "Psychosocial effects and evaluation of the health-related quality of life in patients suffering from well-controlled epilepsy" *Journal of Neurology* vol 251 pp 310–313.
- Arifin, M. T. 2004 "Epilepsi, bagaimana jalan keluarnya?" *Artikel* <http://io.ppi-jepang.org/article.php?id=46> diunduh pada tanggal 30 April 2009
- Baker, G. A., and Jacoby, A. 2000 "The problem of epilepsy" In Baker, G. A., and Jacoby, A. (Ed), *Quality of life in epilepsy: Beyond seizure counts in assessment and treatment* pp 1-10. Harwood Academic Publishers Amsterdam.
- Bluvol, A., and Marilyn, F. G. 2004 "Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors" *Journal of Advanced Nursing* vol 48 pp 322–332.
- Goldstein, L. H. 2000 "The contribution of the clinical psychologist" In Baker, G. A., and Jacoby, A. (Ed) *Quality of life in epilepsy: Beyond seizure counts in assessment and treatment* pp 239-253 Harwood Academic Publishers Amsterdam.
- Jacoby, A. 2000 "Theoretical and methodological issues in measuring quality of life" In Baker, G. A., and Jacoby, A. (Ed) *Quality of life in epilepsy: Beyond seizure counts in assessment and treatment* pp 45-64 Harwood Academic Publishers Amsterdam.
- Kung, S., Rummans, T. A., Colligan, R. C., and Clark, M. M. 2006 "Association of optimism-pessimism with quality of life in patients with head and neck and thyroid cancers" *Mayo Clin Proc* vol 81 pp 1545-1552.
- Mrabet, H., Mrabet, A., Zouari, B., and Ghachem, R. 2004 "Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population: A Tunisian study" *Epilepsia* vol 45 pp 838–843.
- PDPERSI. 2000 "Penyandang epilepsi dapat hidup normal" *Artikel* <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=14&tbl=cakrawal> diunduh pada tanggal 28 April 2008
- _____ 2002 Epilepsi. *Artikel* dari <http://pusdiknakes.or.id/pdpersi/?show=detailnews&kode=907&tbl=artikel> diunduh pada tanggal 6 November 2008.
- Pitaloka, A. 2008 "Antara optimis dan berharap" *Artikel* http://www.e-psikologi.com/epsi/artikel_detail.asp

- ?id=496 diunduh pada tanggal 21 Januari 2009
- Renwick, R., Brown, I., and Nagler, N. 1996 "The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation" In Renwick, R., Brown, I., and Nagler, N. (Ed) *Quality of life in health promotion and rehabilitation* Sage Publications Inc California.
- Seligman, M. E. P. 1991 *Learned optimism* Alfred A Knopf Inc New York.
- Snyder, C.R. 1994 *The Psychology of hope: You can get there from here* The Free Press New York.
- Snyder, C.R., and Lopez, S.J. 2007 *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strenghts* Sage Publications Inc California.
- Taylor, S.E. 2006 *Health psychology* Mc Graw Hill New York .
- Velasco, R.D., Gonzalez, N., Etxeberria, Y., and Gracia-Monco, J.C. 2003 "Quality of life in migraine patients: A qualitative study" *Cephalalgia* vol 23 pp 892–900.
- WHO 2009 "Epilepsy" *Artikel* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/> diunduh pada tanggal 28 April 2009.
- Wortman, C.B. and Conway, T. L. 1985 "The role of social support in adaptation and recovery from physical illness" In Cohen, S., and Syme, S. L. (Ed) *Social support and health* pp 281-302 Academic Press Inc Orlando.
- Yong, L., Chengye, J., and Jiong, Q. 2006 "Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China" *Acta Neurol Scand* vol 113 pp 167–173.

GAMBARAN PENERIMAAN DIRI PADA PEREMPUAN BALI PENGIDAP HIV-AIDS

Ida Ayu Karina Putri dan David Hizkia Tobing

Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana
karinaputriidaayu@yahoo.com

Abstrak

Maraknya perkembangan epidemi penyakit AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) beberapa tahun belakangan ini telah menjadi momok yang cukup menakutkan bagi masyarakat dunia (Zarpatista, 2012). Di Indonesia saat ini terdapat 75 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi HIV-AIDS yang sangat tinggi, antara lain karena penularan dari suami ke istri yang meningkat (Wardah, 2013). Provinsi Bali sendiri termasuk salah satu dari enam provinsi yang berstatus epidemi HIV-AIDS selain Papua, Riau, Jakarta, Jawa Barat, dan Jawa Timur (Suriyani, 2006). Dalam banyak kasus perempuan yang terinfeksi HIV dari pasangannya terjadi karena perempuan tidak memiliki kekuatan baik secara sosial maupun ekonomi untuk melindungi dirinya (Nainggolan, 2004). Berdasarkan studi awal yang dilakukan peneliti di Yayasan Citra Usadha (YCUI), pada tiga kabupaten wilayah program yaitu Buleleng, Jembrana dan Karangasem, gambaran perilaku diskriminatif serupa diakui memang terjadi pada beberapa kasus ODHA di Bali khususnya perempuan. Salah satu masalah dalam kehidupan ODHA tidak hanya terkait dengan adanya stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar semata, namun juga terhadap penerimaan akan kondisi dirinya (Rasyida, 2008). Hal inilah yang membuat peneliti tertarik untuk mencari tahu mengenai gambaran penerimaan diri pada perempuan Bali pengidap HIV-AIDS.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif fenomenologi, menggunakan responden sebanyak 5 orang perempuan Bali pengidap HIV-AIDS dengan teknik pengumpulan data menggunakan observasi dan in depth-interview yang dilakukan selama 7 bulan. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa terdapat 9 gambaran penerimaan diri pada perempuan Bali pengidap HIV-AIDS yaitu selalu bersyukur, optimis dan selalu melakukan yang terbaik, menghargai diri sendiri, pembuktian diri, memiliki hak dan merasa sejajar dengan orang lain, tidak ingin diperlakukan berbeda, ingin membantu serta dapat berbagi dengan orang lain, introspeksi diri, mendekatkan diri dengan Tuhan.

Kata Kunci: HIV-AIDS, Penerimaan Diri, Perempuan Bali

Abstract

Recent years, development of the epidemic disease of AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) has become quite frightening for the people of the world (Zarpatista, 2012). In Indonesia there are currently 75 regencies/cities which have a very high prevalence of HIV-AIDS, among others due to the increasing of transmission from husband to wife (Wardah, 2013). The province of Bali including is one of the six provinces that has status of epidemic HIV-AIDS besides Papua, Riau, Jakarta, Jawa Barat, and Jawa Timur (Suriyani, 2006). In many cases, women infected with HIV from her partner/husband because women did not have power of both socially and economically to protect herself (Nainggolan, 2004). Based on pre eliminary study that conducted by researchers in Yayasan Citra Usadha (YCUI) on the three regencies area program that is Buleleng, Jembrana, and Karangasem, discrimination recognized did occur in some cases of ODHA in Bali especially women. One of the problem in ODHA's life is not only related to the stigma and discrimination from the around environment, but also with their self condition acceptance (Rasyida, 2008). This situation attracts researcher to find out the self acceptance in Balinese woman who lives with HIV-AIDS.

This study use qualitative method with phenomenological approach and 5 Balinese women who lives with HIV-AIDS as the respondents, the data collected with observation and in depth-interview conducted during 7 months. The result shows that there 9 representation of self-acceptance in Balinese woman who lives with HIV-AIDS which are be grateful, optimistic and always trying to do the optimum, have the right and feel equal with others, do not want to treated differently, want to help and sharing with others, self introspection, being closer with God.

Keywords: HIV-AIDS, Self-Acceptance, Balinese Woman

LATAR BELAKANG

Sebagai wilayah tujuan wisata dunia yang terkemuka, Bali tentu rentan terhadap penyebaran berbagai penyakit termasuk sindroma AIDS (Sutrisno, 2006). Provinsi Bali sendiri termasuk salah satu dari enam provinsi yang berstatus epidemi HIV-AIDS terkonsentrasi selain Papua, Riau, Jakarta, Jawa Barat dan Jawa Timur (Suriyani, 2006). Penyebaran HIV-AIDS di Bali memang sepatutnya mendapat perhatian mendalam dan respon tindakan nyata secepatnya oleh semua pihak. Hal ini dirasa sangat penting mengingat penyebaran virus HIV di Bali dari tahun ke tahun, baik secara geografis maupun demografis meluas hingga ke desa pakraman tanpa mengenal perbedaan status sosial maupun usia (Sumarta, Sena, Anaya, & Suarmiartha, 2013).

Kasus HIV (Human Immunodeficiency Virus) – AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) telah ditemukan sejak beberapa dekade lalu, namun tetap saja stigma maupun perilaku diskriminatif masih terjadi dan kerap dirasakan para Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) khususnya bagi kaum perempuan bila dibandingkan dengan laki-laki, hal inilah yang diungkapkan dapat menimbulkan beban yang berlipat pada kaum perempuan dengan HIV-AIDS tersebut (Jawa Pos Network, 2012). Perempuan memang sangat rentan untuk terinfeksi HIV karena beberapa faktor yaitu faktor biologis, faktor ketidaksetaraan gender. Selain rentan tertular HIV, perempuan juga rentan akan kekerasan yang dilakukan pasangannya. Posisi perempuan sangat lemah untuk menolak hubungan seks atau untuk meminta pasangannya memakai kondom demi mencegah risiko menularkan IMS dan HIV (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2008).

Bali merupakan salah satu daerah di Indonesia yang memiliki warisan budaya yang khas, salah satunya adalah masyarakat Bali menganut sistem kekeluargaan patrilineal (kapurusa) yang menyebabkan hanya keturunan berstatus kapurusa (laki-laki) yang dianggap dapat mengurus dan meneruskan swadharma (tanggung jawab) keluarga (Sumarta, dkk., 2013). Di dalam kesehariannya, perempuan Bali mengambil peranan melebihi peran yang seharusnya dilakukan. Di rumah dapat bertindak sebagai perempuan, sebagai istri, sebagai ibu dan terkadang sebagai bapak (Windia, dkk., 2009).

Sejauh ini, perlakuan secara adat krama (warga Bali-Hindu yang teregistrasi dan menetap di desa pakraman) dengan HIV-AIDS di Bali masih banyak mengandung diskriminasi (adanya pembedaan perlakuan), baik semasa hidup maupun sesaat setelah meninggal. Berdasarkan studi awal yang dilakukan peneliti di Yayasan Citra Usadha (YCUI), pada tiga kabupaten wilayah program yaitu Buleleng, Jembrana dan Karangasem, gambaran perilaku diskriminatif serupa diakui memang terjadi pada beberapa kasus ODHA di Bali khususnya perempuan. Seperti kasus di wilayah Buleleng yang terjadi pada perempuan pengidap HIV-AIDS yang

berstatus ibu rumah tangga, perempuan pengidap HIV-AIDS ini telah ditinggal mati oleh suaminya yang juga positif HIV, namun ternyata mendapatkan perlakuan diskriminatif dari keluarga suaminya. Keluarga suami menuduh sang istri yang menjadi penyebab kematiannya, setelah dilakukan penelusuran sang suami yang ternyata memiliki perilaku berisiko. Selain dari pada itu, keluarga suami juga melakukan tindakan diskriminatif seperti memisahkan dan membedakan alat makan serta tempat tidur hingga melakukan tindakan penelantaran saat perempuan pengidap HIV-AIDS tersebut mengalami penurunan terhadap kondisi kesehatannya (Wawancara Pre Eliminary Study, 2014).

Bagi para ODHA untuk menerima kenyataan bahwa diri mengidap suatu virus yang tidak dapat disembuhkan bukanlah hal yang bisa dianggap biasa-biasa saja, terutama secara psikologis (Demartoto, 2006). Kubler-Ross (dalam Sarafino, 2010) menjelaskan bahwa terdapat lima tahapan reaksi emosi yang dialami individu ketika harus berhadapan dengan penyakit yang menyebabkan kematian yaitu reaksi penyangkalan (denial), kemarahan (anger), tawar-menawar (bargaining), depresi (depression) dan penerimaan diri (self-acceptance).

Individu yang baru mengetahui statusnya sebagai ODHA, cenderung tidak menerima dirinya sendiri yang telah menjadi seorang HIV positif. Hasan (2008) mengungkapkan bahwa para ODHA memiliki tiga tantangan utama yaitu menghadapi reaksi terhadap penyakit yang mengandung stigma, kemungkinan waktu kehidupan yang terbatas serta mengembangkan strategi untuk mempertahankan kondisi fisik dan emosi.

Menurut Ryff (1996), penerimaan diri merupakan suatu keadaan yang menunjukkan bahwa individu memiliki penilaian yang positif terhadap dirinya, menerima dan mengakui segala kelebihan maupun keterbatasan yang dimiliki tanpa merasa malu atau bersalah terhadap kodrat dirinya. Maka dari itu, individu yang telah merasa mempunyai kepastian terhadap kelebihan serta kekurangan yang dimiliki dalam diri merupakan individu yang telah melakukan penerimaan diri dan akan semakin baik apabila mendapat dukungan dari lingkungan terdekat individu yaitu keluarga.

Ketika individu telah melakukan penerimaan diri, maka akan dapat melihat masa depan dengan lebih baik dan bersemangat, namun proses terhadap penerimaan diri tidak lah mudah. Hal ini lah yang kemudian membuat peneliti tertarik untuk melihat gambaran penerimaan diri yang dialami pada perempuan Bali yang positif mengidap HIV-AIDS.

METODE

Tipe penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif sering disebut metode

penelitian naturalistik karena penelitiannya yang dilakukan pada setting dan objek alamiah (Sugiyono, 2012). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi. Menurut Husserl (dalam Moleong, 2004) fenomenologi mengacu pada penelitian yang terkait dengan kesadaran dari perspektif pertama seseorang. Peneliti dalam pendekatan fenomenologis berusaha memahami arti peristiwa dan kaitannya terhadap orang-orang yang berada dalam situasi tertentu. Pemahaman itu akan bergerak dari dinamika pengalaman sampai pada makna pengalaman sehingga akan menggambarkan makna pengalaman responden akan fenomena yang sedang diteliti.

Unit Analisis

Dalam penelitian ini, unit analisis yang digunakan adalah pada level individual yang tergabung dalam kelompok kategori karena fokus pada penelitian ini adalah ingin mengetahui bagaimana gambaran penerimaan diri pada ODHA khususnya perempuan Bali. Untuk mendapatkan pemahaman yang unik dan khas mengenai gambaran dari penerimaan diri pada perempuan Bali pengidap HIV-AIDS, maka peneliti menggali pemahaman tersebut langsung dari individu yang memiliki status ODHA khususnya kaum perempuan Bali.

Gambaran mengenai penerimaan diri tersebut akan dilihat berdasarkan ketujuh karakteristik dari individu yang telah melakukan penerimaan terhadap dirinya yang dipaparkan oleh Sheerer (dalam Cronbach, 1963), namun tidak menutup kemungkinan jika akan ada aspek lain yang terungkap dan hal tersebut akan disesuaikan dengan hasil yang diperoleh peneliti di lapangan. Unit analisis ini akan diperoleh melalui in-depth interview dengan menggunakan panduan pertanyaan terkait dengan karakteristik-karakteristik penerimaan diri tersebut.

Responden Penelitian

Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah para perempuan Bali yang positif mengidap HIV-AIDS. Dalam penelitian ini, perempuan Bali pengidap HIV-AIDS menjadi responden dengan tujuan untuk mendapatkan pemahaman mengenai penerimaan diri berdasarkan sudut pandang individu yang mengalami kondisi positif mengidap HIV-AIDS. Adapun beberapa kriteria dari responden penelitian ini:

- a. Lima orang perempuan Bali dengan rentang usia 20-45 tahun. Faktor usia dalam penelitian ini dibatasi karena penderita HIV-AIDS kebanyakan adalah usia produktif.
- b. Keaktifan dalam kegiatan yang berkaitan dengan lingkup HIV-AIDS. Kelima responden dalam penelitian ini merupakan para staf maupun aktivis yayasan yang bergerak di lingkungan HIV-AIDS.

- c. Kurun waktu mengetahui status diatas 1 tahun. Hal tersebut dilakukan peneliti bertujuan atas dasar ketersediaan serta kesediaan dari responden.

Teknik Penggalan Data

Untuk mendapatkan data yang reliabel, beberapa teknik penggalan data akan digunakan dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini, peneliti mengandalkan observasi dan wawancara dalam proses penggalan data selama di lapangan, oleh karena itu peneliti juga menggunakan catatan lapangan (field note) sebagai alat perantara dengan catatan yang sebenarnya. Proses pembuatan catatan lapangan akan peneliti lakukan setiap kali peneliti selesai melakukan wawancara dan observasi.

Teknik pertama adalah dengan wawancara, penelitian ini menggunakan metode wawancara semi terstruktur yang termasuk ke dalam kategori in-depth interview. Metode wawancara ini dipilih oleh peneliti untuk mendapatkan jawaban yang lebih mendalam dari sumber data sehingga semakin memperkaya data, serta untuk menggali lebih lanjut data-data yang disampaikan oleh sumber yang dianggap menarik dan merupakan suatu jawaban baru yang bahkan mungkin kontradiktif terhadap permasalahan yang dikemukakan oleh responden.

Teknik selanjutnya yang digunakan peneliti adalah observasi. Tipe observasi yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah observasi partisipasi moderat. Dalam observasi ini, terdapat keseimbangan antara peneliti menjadi orang dalam dengan orang luar. Peneliti mengumpulkan data dengan mengikuti beberapa kegiatan responden, namun tidak semuanya (Ghony & Almanshur, 2012).

Pada penelitian ini, teknik pencatatan yang digunakan peneliti adalah teknik pencatatan naratif khususnya teknik pencatatan anecdotal record, yaitu sebuah pencatatan yang tidak memerlukan kerangka waktu, pengkodean dan pengkategorian tertentu serta mencakup apapun yang relevan bagi peneliti (Sattler, 2002). Hal-hal yang diamati peneliti merupakan hal yang dapat merepresentasikan ke tujuh karakteristik penerimaan diri menurut Sheerer (dalam Cronbach, 1963) namun tidak menutup kemungkinan jika didapat perilaku lain yang dapat merepresentasikan karakteristik penerimaan diri lainnya.

Teknik Pengorganisasian Data dan Analisis Data

Setelah seluruh data temuan terkumpul, peneliti akan mengorganisasikan data temuan ke dalam suatu folder, agar tersusun rapi. Data temuan berupa rekaman suara akan ditransfer ke dalam bentuk teks dalam format dokumen, dengan mengetik setiap suara yang terdengar. Data pengamatan yang berupa tulisan dan simbol juga ditransfer ke

dalam bentuk teks dalam format dokumen, dengan mengetik setiap data yang tertulis, kemudian memilih data yang memiliki makna. Seluruh data temuan yang telah berbentuk teks akan disusun untuk masing-masing responden penelitian. Data temuan yang telah tersusun, akan dikategorisasikan sesuai dengan tema dalam penelitian ini, yaitu tujuh karakteristik individu yang telah melakukan penerimaan diri (Sheerer dalam Cronbach, 1963).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode analisis data dari Miles dan Huberman (dalam Ghony & Almanshur, 2012) serta teknik analisis tematik yang dikemukakan oleh Tobing (2006). Menurut Miles dan Huberman (dalam Ghony & Almanshur, 2012) proses analisis data meliputi tiga tahapan yaitu :

1. Proses Reduksi Data

Reduksi data merupakan proses dalam melakukan pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data yang diperoleh peneliti dari catatan tertulis di lokasi penelitian. Dengan demikian, data yang telah di reduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya dan mencarinya bila diperlukan (dalam Sugiyono, 2013). Reduksi data ini bahkan berjalan hingga setelah penelitian di lokasi penelitian berakhir dan laporan akhir penelitian lengkap tersusun.

2. Data Display (Proses Penyajian Data)

Proses penyajian data merupakan sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan melihat penyajian data, peneliti akan dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan berdasarkan atas pemahaman yang di dapat peneliti dari penyajian tersebut. Adapun beberapa jenis penyajian data yang dapat digunakan peneliti adalah dengan teks yang bersifat naratif, grafik, matriks, network, dan chart.

3. Conclusion Drawing (Proses Menarik Kesimpulan)

Pada proses ini peneliti mulai mencari arti benda-benda, mencatat keteraturan, pola-pola, penjelasan, alur sebab-akibat, dan proposisi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat dan mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal di dukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel (dalam Sugiyono, 2013)

Teknik selanjutnya adalah teknik analisis tematik. Di dalam teknik analisis tematik ini, pemberian kode adalah dua kegiatan bersamaan yaitu pengurangan data mekanis dan kategorisasi analisis dari data ke dalam tema. Peneliti akan memulai dengan melakukan teknik open coding, yaitu penguraian data tertulis dari verbatim, catatan lapangan serta

hasil observasi yang dilakukan untuk mencari segala kemungkinan makna yang dapat muncul. Dalam proses open coding ini akan ditentukan juga makna-makna awal dari temuan-temuan yang telah disusun ke dalam kalimat yang lebih baku tersebut.

Teknik selanjutnya yang dilakukan adalah axial coding, dengan menyatukan kembali kalimat hasil dari pencarian makna pada open coding agar terlihat sebuah hubungan awal antar kategori awal. Pada tahap ini, peneliti merangkum kalimat-kalimat hasil pada open coding yang saling terkait dan masih berhubungan dengan ketujuh karakteristik penerimaan diri.

Selective coding merupakan tahap akhir dari tahapan analisis tematik. Pada tahapan ini, peneliti akan merangkai suatu kalimat hasil temuan yang merupakan inti dari kalimat pada axial coding. Kategori inti ini juga diperkuat dengan data observasi yang mampu merepresentasikan karakteristik penerimaan diri, yang didapatkan peneliti di lapangan. Setelah mendapatkan inti kalimat tersebut, peneliti akan melakukan pengecekan ulang pada responden wawancara dan tenaga profesional, sehingga kategori inti tersebut merupakan hasil dari rangkuman kenyataan di lapangan dan terlepas dari interpretasi peneliti (Tobing, 2006).

Teknik Pemantapan Kredibilitas

Dalam penelitian ini, teknik pemantapan kredibilitas penelitian menggunakan teknik triangulasi data dan dengan menggunakan bahan referensi. Berikut adalah paparan teknik uji kredibilitas menurut Sugiyono (2012) yang digunakan dalam penelitian ini:

1. Triangulasi

Metode pengecekan data yang dilakukan peneliti dari berbagai sumber, dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Peneliti akan melakukan triangulasi sumber yang merupakan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu 5 orang perempuan Bali pengidap HIV-AIDS serta 5 orang informan dari masing-masing responden. Triangulasi teknik juga dilakukan peneliti dengan melakukan beberapa metode pengumpulan data yang berbeda, yaitu, in-depth interview, dan teknik observasi. Triangulasi waktu dilakukan peneliti dengan melakukan proses wawancara serta observasi dalam waktu serta situasi yang berbeda

2. Bahan Referensi

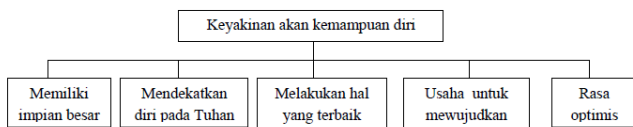
Penelitian ini menggunakan rekaman wawancara sebagai pendukung yang menyatakan bahwa data hasil wawancara dalam bentuk verbatim adalah benar adanya dan berdasarkan dari responden.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan temuan yang di dapatkan pada saat observasi dan in-depth interview, peneliti mendapatkan tujuh karakteristik penerimaan diri bagi perempuan Bali yang mengidap HIV-AIDS yaitu keyakinan akan kemampuan diri, menganggap diri berharga dan memiliki derajat yang sama, tidak merasa diri aneh, tidak malu atau hanya memperhatikan diri sendiri, berani memikul tanggung jawab, menerima celaan atau pujian secara objektif, tidak menyalahkan diri atas keterbatasan maupun mengingkari kelebihan.

Sebelum mendapatkan ketujuh karakteristik penerimaan diri, peneliti telah melakukan proses analisis tematik sehingga temuan-temuan dalam penelitian ini terbagi ke dalam beberapa tema yang selanjutnya peneliti sebut dengan karakteristik dari penerimaan diri. Peneliti juga melakukan pengecekan melalui rekan-rekan sesama peneliti yang menggunakan metode penelitian kualitatif yang bersifat netral (peer review). Berikut adalah penjelasan terhadap temuan yang didapatkan dari masing-masing responden selama penelitian berlangsung:

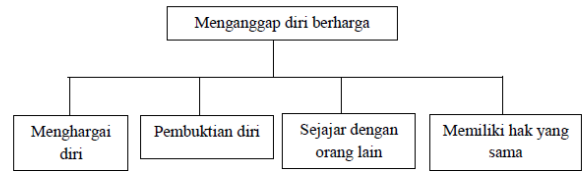
1. Keyakinan akan kemampuan diri



Terdapat beberapa hal terkait dengan keyakinan akan kemampuan diri yang membuat responden memiliki pandangan bahwa dirinya mampu untuk dapat menghadapi kondisi dengan status positif mengidap HIV-AIDS. Memiliki impian besar merupakan salah satunya, dengan adanya impian besar tersebut membuat responden mempunyai suatu pandangan bahwa melihat sesuatu harus secara luas agar dapat melihat peluang lain yang tersedia. Mendekatkan diri pada Tuhan juga menjadi hal yang responden lakukan untuk dapat menghadapi kondisi yang dialami. Keyakinan di dalam diri selalu dimiliki responden karena menyerahkan segalanya pada Tuhan. Selain dari mendekatkan diri dengan Tuhan, adanya keinginan untuk melakukan yang terbaik bagi diri sendiri maupun teman-teman, disebutkan responden juga dapat membantu untuk dapat memiliki rasa optimis agar dapat menjalani situasi yang dihadapi.

Keyakinan akan kemampuan diri untuk dapat menghadapi kondisi yang dialami, diungkapkan responden juga harus diikuti dengan adanya usaha untuk dapat mewujudkannya. Responden menganggap bahwa dibalik keyakinan tetap harus ada usaha yang dilakukan. Adanya rasa optimis dalam diri sendiri membuat responden memiliki keyakinan dapat hidup dengan baik serta mempunyai impian untuk keluarga dan keyakinan tersebut muncul di dalam diri responden salah satunya karena mendapat dukungan dari suami.

2. Menganggap diri berharga dan memiliki derajat yang sama dengan orang lain



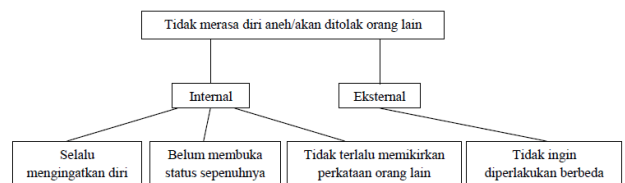
Gambar. 2 Bagan aspek menganggap diri berharga

Berkaitan dengan karakteristik menganggap diri berharga serta memiliki derajat yang sama terlihat dari keyakinan responden untuk dapat berguna atau berarti bagi orang lain tanpa memiliki rasa rendah diri karena masing-masing memiliki kelebihan serta kekurangan dalam diri, untuk dapat menganggap diri berharga harus memiliki pandangan yang sederhana yaitu untuk terlebih dahulu dapat menghargai dirinya sendiri.

Memiliki pandangan bahwa diri berharga juga ditunjukkan dengan memberi pembuktian bahwa dirinya masih mampu untuk berbuat baik dan juga dapat membantu orang lain walaupun dengan status positif mengidap HIV-AIDS. Berusaha berbuat baik serta tidak lagi mengecewakan orang-orang disekitar juga dilakukan untuk dapat menjadi pembuktian bahwa responden masih pantas untuk dihargai.

Selalu merasa diri seajar serta merasa memiliki hak yang sama untuk hidup juga memperlihatkan bahwa responden memiliki pandangan dirinya tetap berharga serta memiliki derajat yang sama dengan orang lain. Responden merasa tetap pantas untuk dapat mempertahankan kehidupannya karena merasa tidak pernah melakukan hal yang merugikan orang lain dan selalu mensejajarkan diri dengan orang lain. Pandangan bahwa tiap manusia memiliki hak yang sama untuk hidup ditunjukkan dengan membuktikan bahwa responden memiliki kemampuan untuk mengurus keluarga serta menyekolahkan anak-anak responden. Setiap manusia memiliki hak yang sama untuk hidup, yang membedakan adalah kebutuhan yang dimiliki masing-masing individu. Kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi oleh orang lain namun harus dicari dan diketahui oleh individu itu sendiri.

3. Tidak merasa diri aneh dan tidak merasa akan ditolak oleh orang lain



Gambar. 3 Bagan aspek tidak merasa diri aneh dan tidak akan ditolak oleh orang lain

Faktor ini dapat muncul baik secara internal yaitu dari dalam diri responden sendiri maupun eksternal yaitu dari lingkungan atau orang yang berada disekitar responden. Rasa akan penolakan dianggap responden telah menjadi hal yang lumrah terjadi, namun tidak membuat responden terlalu memfokuskan diri dalam menanggapi perilaku orang lain terhadap dirinya. Hal yang dilakukan justru lebih kepada

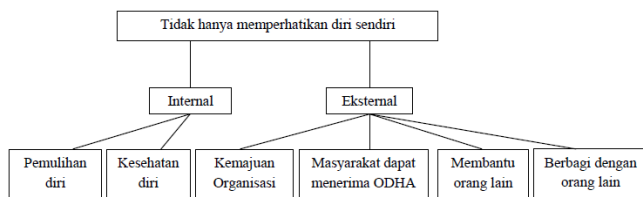
memfokuskan diri untuk melakukan hal yang terbaik serta selalu mengingatkan untuk tidak berpikiran mendiskriminasi diri sendiri.

Belum membuka status positif mengidap HIV-AIDS secara sepenuhnya juga menjadi faktor penting yang membuat responden merasa kehadiran dirinya tidak ditolak oleh orang lain. Terdapat dua responden yang mengungkapkan bahwa dirinya belum membuka status positif mengidap HIV sepenuhnya. Salah satu responden hanya membuka status positif mengidap HIV pada keluarga inti, hal tersebut yang membuat responden tidak pernah merasa diperlakukan berbeda maupun kehadirannya ditolak ketika berada di lingkungan keluarga besar.

Di sisi lain, ada juga responden yang hanya membuka status dirinya positif mengidap HIV pada lingkungan yang berkaitan dengan dunia HIV-AIDS. Keputusan untuk belum berani membuka status sepenuhnya terutama pada keluarga dilatar belakangi oleh beban yang dirasakan responden karena adanya derajat berupa kasta Brahmana yang dimiliki. Responden masih memiliki rasa takut untuk membuka status positif mengidap HIV karena merasa dampaknya juga akan berimbas pada keluarga besar.

Fokus untuk menjalani kehidupan serta tidak terlalu memikirkan apa yang orang lain katakan juga dapat membuat responden, tidak merasa diri aneh maupun ditolak kehadirannya di lingkungan. Selain dari pada itu, adapula responden yang mengungkapkan bahwa hingga saat ini masih ada orang-orang yang menganggap responden tidak pantas ada di lingkungan dimana responden tinggal atau berada. Menanggapi pandangan tersebut membuat responden memiliki pemikiran untuk dapat melakukan apa yang orang lain bisa lakukan, walaupun dengan kondisi responden yang positif mengidap HIV-AIDS. Dengan kata lain, responden tidak ingin diperlakukan berbeda hanya karena mengidap HIV-AIDS.

4. Tidak malu atau tidak hanya memperhatikan diri sendiri



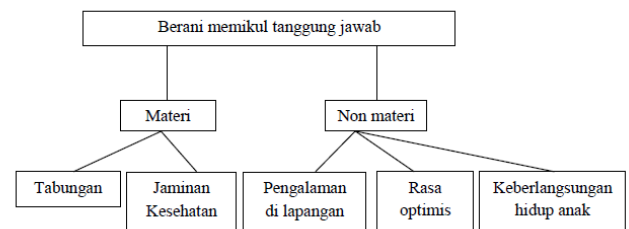
Gambar. 4 Bagan aspek tidak malu atau hanya memperhatikan diri sendiri

Terdapat dua responden yang lebih dulu memfokuskan diri untuk tetap menjaga kesehatan, yang bertujuan untuk dapat mencapai impian lain seperti membantu dan berbagi informasi dengan orang lain. Hal ini tergambarkan dari kegiatan sehari-hari responden di lingkungan kerja seperti melakukan kegiatan testimoni, sesi pendampingan serta penguatan pasien ODHA. Dari kelima responden, terdapat satu responden yang masih fokus terhadap pemulihan dirinya karena merasa belum sepenuhnya pulih dari ketergantungan narkoba yang kemudian membuat responden positif mengidap

HIV. Berkaitan dengan hal lain ke depan seperti pekerjaan cenderung responden biarkan mengikuti proses yang terjadi.

Memiliki keinginan agar organisasi yang dibangun salah satu responden dapat memiliki penerus ke depannya, juga menjadi gambaran bahwa responden telah memiliki orientasi yang tidak hanya terfokus pada pengembangan dirinya. Terungkap pula adanya keinginan dari responden agar suatu saat masyarakat dapat menerima para ODHA, hal tersebut terlebih dahulu dibuktikan dengan menunjukkan bahwa gambaran orang HIV saat ini sudah tidak lagi sama seperti dulu dan justru dapat hidup sehat serta dapat melakukan yang terbaik.

5. Berani memikul tanggung jawab terhadap perilaku/situasi yang dihadapi

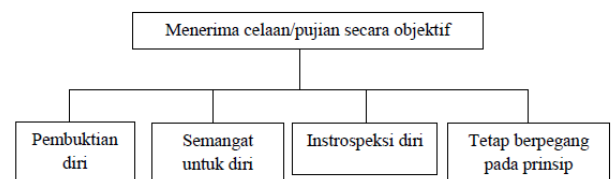


Gambar. 5 Bagan aspek berani memikul tanggung jawab

Keberanian untuk memikul tanggung jawab yang dilakukan responden terdiri dari dua jenis yaitu secara materi maupun non materi. Secara materi, responden lebih memilih untuk memiliki tabungan serta jaminan kesehatan yang bertujuan untuk mempermudah mendapatkan pelayanan kesehatan jika nanti dalam kondisi sakit maupun ketika ditinggal menikah dengan anak yang menjadi tulang punggung keluarga dari salah satu responden.

Diluar secara materi adapula persiapan secara non materi yang beberapa responden persiapkan seperti memikirkan keberlangsungan masa depan anak ketika suatu saat nanti responden meninggal, menjadikan kesalahan yang lalu sebagai sebuah pengalaman dan tetap berusaha untuk mengambil semua hal positif dari kondisi yang responden alami, serta yang utama adalah tetap memiliki rasa optimis untuk dapat melangkah ke depan dengan lebih baik. Selain itu, banyaknya pengalaman yang telah dipelajari responden selama berada di lapangan juga dapat membantu diri mengembangkan keberanian untuk dapat memikul tanggung jawab yang akan dihadapi ke depan.

6. Menerima celaan atau pujian secara objektif



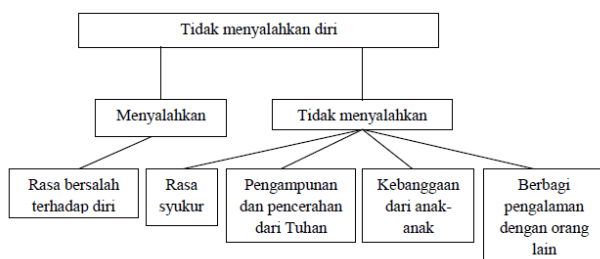
Gambar. 6 Bagan aspek menerima celaan atau pujian secara objektif

Terdapat beberapa pandangan yang responden miliki terkait dengan menanggapi celaan, komentar, maupun pujian yang ditujukan pada diri responden. Hal ini tampak dari

perilaku individu yang mau menerima pujian, saran dan kritikan yang berasal dari orang lain untuk pengembangan diri. Ada yang menganggap celaan yang selama ini diterima sebagai sebuah pembuktian kepada lingkungan bahwa dirinya memiliki kemampuan dan power untuk dapat bertahan hidup.

Selain itu, terdapat pula responden yang memandang semua komentar yang diberikan baik pujian maupun celaan sebagai suatu acuan dan semangat untuk lebih memandang ke depan, harus melakukan hal apa untuk dapat menjadi individu yang lebih baik lagi. Tetap berpegang pada prinsip untuk memilah mana yang dianggap baik dan buruk juga diungkapkan responden masih seringkali dilakukan untuk melihat kesesuaian dengan kondisi yang sedang dihadapi. Lain hal dengan yang diungkapkan salah satu responden, yang mengaku akan merasa lebih baik bila dihujat karena hal tersebut dijadikan sebagai suatu sarana untuk melakukan introspeksi terhadap dirinya.

7. Tidak menyalahkan diri atas keterbatasan maupun mengingkari kelebihan



Gambar.7

Bagan aspek tidak menyalahkan diri atas keterbatasan maupun mengingkari kelebihan

Salah satu responden terlihat jelas masih memiliki rasa bersalah terhadap dirinya, walaupun diakui responden situasinya sudah jauh berkurang bila dibandingkan dulu. Hal tersebut terjadi karena responden merasa statusnya yang mantan pecandu dan positif mengidap HIV merupakan sebuah konsekuensi yang harus ia tanggung dari perilakunya.

Beberapa responden lain justru mengungkapkan bahwa saat ini dirinya sudah tidak lagi menyalahkan diri maupun kondisi atas apa yang harus di jalani saat ini, karena saat ini dirinya justru memiliki banyak impian-impian lain yang ingin di wujudkan. Ada pula responden yang mengaku bahwa dirinya sudah tidak lagi menyalahkan diri maupun keadaan setelah menikah kembali dan memutuskan untuk berpindah agama, hal yang responden lakukan saat ini justru meminta pencerahan serta pengampunan dari Tuhan dan memiliki keyakinan bahwa Tuhan memberikan cobaan karena dirinya mampu untuk melewati hal tersebut.

Tidak menutupi status positif mengidap HIV pada lingkungan juga membuktikan bahwa responden tidak merasa ruang geraknya terbatas ataupun mengingkari kelebihan yang dimiliki, justru responden ingin berbagi pengalaman dengan orang lain. Hal ini tergambar ketika responden melakukan sesi penguatan kepada pasien dampingan, responden selalu mengingatkan untuk rutin dan tepat waktu mengkonsumsi ARV serta menyarankan agar

lebih banyak sharing dengan teman atau keluarga sehingga tidak menjadi beban dan membuat kondisi terpuruk. Tidak lagi menyalahkan diri atas kondisi yang dialami terjadi pada salah satu responden karena adanya dukungan dari anak-anak. Dukungan yang diberikan lebih kepada ungkapan kebanggaan anak-anak pada responden karena dapat melakukan banyak hal melebihi orang lain yang justru memiliki pendidikan yang tinggi.

PEMBAHASAN DAN KESIMPULAN

Berdasarkan karakteristik responden penelitian, peneliti menemukan beberapa kriteria yang memengaruhi gambaran penerimaan diri pada keseluruhan responden yaitu faktor risiko penularan HIV-AIDS, faktor agama, serta faktor kasta. Temuan berdasarkan karakteristik responden tersebut akan peneliti jelaskan sejalan dengan pembahasan mengenai gambaran penerimaan diri perempuan Bali pengidap HIV-AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran penerimaan diri yang dialami oleh perempuan Bali pengidap HIV-AIDS berdasarkan karakteristik-karakteristik dari individu yang telah melakukan penerimaan diri.

Ketujuh karakteristik ini dapat dijelaskan secara umum melalui teori yang dikemukakan oleh Sheerer (dalam Cronbach, 1963) mengenai karakteristik-karakteristik individu yang telah dapat melakukan penerimaan terhadap diri. Berikut ini merupakan gambaran penerimaan diri dari perempuan Bali pengidap HIV-AIDS yang peneliti laporkan secara rinci dari masing-masing karakteristik :

1. Individu memiliki keyakinan terhadap kemampuannya untuk dapat menghadapi persoalannya

Secara keseluruhan, responden telah memiliki keyakinan terhadap kemampuan yang dimiliki masing-masing individu untuk dapat menghadapi persoalan yang dihadapi. Hal tersebut ditandai dengan beberapa perilaku maupun pandangan yang dimiliki responden. Memiliki impian besar, berusaha untuk melakukan hal yang terbaik bagi diri sendiri serta selalu berusaha untuk membantu orang lain merupakan contoh perilaku yang merepresentasikan bahwa individu memiliki keyakinan akan kemampuan dirinya untuk dapat menghadapi kondisi yang dialami dan berusaha untuk melakukan perubahan ke arah yang lebih baik. Data tersebut juga ditunjang dengan informasi yang diperoleh dari informan, yang menyebutkan bahwa salah satu responden menjadi sosok yang mengalami banyak perubahan terutama setelah terlibat aktif dalam organisasi sehingga memiliki semangat hidup luar biasa dan menjadi motivasi bagi banyak orang.

Hal tersebut juga dipertegas oleh pernyataan Allport (dalam Hjelle & Ziegler, 1992) yang mengungkapkan bahwa orang yang menerima dirinya merupakan individu yang memiliki gambaran positif tentang dirinya, dalam artian

individu tidak berhenti pada kebiasaan dan keterbatasan serta aktivitas yang hanya berhubungan dengan kebutuhan serta keinginan dirinya sendiri.

Lain halnya dengan yang diungkapkan tiga responden lain yang memandang keyakinan akan kemampuan dirinya, lebih kepada usaha-usaha yang dilakukan untuk mewujudkannya. Adanya usaha untuk mewujudkan, mendekatkan diri dengan Tuhan, serta selalu memiliki rasa optimis karena adanya dukungan suami merupakan pandangan yang dimiliki para responden.

Berkaitan dengan adanya rasa optimis yang dimiliki responden karena adanya dukungan dari suami, menggambarkan bahwa responden memiliki keyakinan akan kemampuan dirinya karena adanya dukungan dari orang-orang maupun lingkungan sekitar. Baron dan Byrne (dalam Nurbani, 2009) menjelaskan bahwa stres dalam skala tinggi serta berlangsung dalam jangka waktu yang panjang atau lama dapat memperburuk kondisi kesehatan dan menyebabkan penyakit pada individu, namun dengan adanya dukungan sosial yang diterima oleh individu yang sedang mengalami atau menghadapi stres maka hal ini akan dapat mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan kesehatan individu.

Mendekatkan diri dengan Tuhan merupakan salah satu usaha yang individu dapat lakukan untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang mungkin ditimbulkan oleh situasi atau kondisi penuh tekanan yang dialami. Hal tersebut diungkapkan oleh Lazarus dan Folkman (dalam Papatungan, 2013) yang menjelaskan bahwa *emotion focused coping* dapat dilakukan melalui *positive reappraisal*, yaitu usaha individu untuk mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri yang biasanya melibatkan hal-hal yang bersifat religius.

2. Menganggap diri berharga dan memiliki derajat yang sama dengan orang lain

Karakteristik ini tergambar pada keseluruhan responden yang menunjukkan sikap serta memberikan pembuktian bahwa responden memiliki kemampuan untuk tetap dapat melakukan yang terbaik baik bagi diri sendiri maupun orang lain. Berusaha untuk selalu berbuat baik juga dibuktikan responden dengan tidak lagi mengecewakan orang lain yang ada di sekitarnya. Gambaran karakteristik tersebut dipertegas oleh Jersild (dalam Leometa, 2007) yang menjelaskan bahwa individu yang telah menerima dirinya merupakan individu yang memiliki penilaian realistis terhadap kemampuan diri yang berkesinambungan dengan penghargaan terhadap keberhargaan dirinya.

Adapun responden yang mengungkapkan untuk dapat merasa diri berharga, terlebih dahulu harus mengembangkan pandangan untuk menghargai dirinya sendiri. Selalu merasa

diri sejajar serta merasa memiliki hak yang sama untuk hidup juga memperlihatkan bahwa responden memiliki pandangan dirinya tetap berharga serta tetap merasa pantas untuk terus mempertahankan kehidupannya. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Myers (2012) mengenai empat karakteristik yang selalu terdapat pada individu yang memiliki kebahagiaan dalam hidup, salah satunya adalah kemampuan individu untuk dapat menghargai diri sendiri.

3. Tidak merasa diri aneh dan tidak merasa akan ditolak oleh orang lain

Kemunculan dari karakteristik ini dapat dipicu baik secara internal, yang berasal dari dalam diri sendiri maupun secara eksternal yaitu muncul dari keadaan, baik lingkungan maupun orang-orang yang ada di sekitar. Secara internal, lebih kepada mengingatkan diri untuk terlebih dahulu meyakini agar tidak mendiskriminasi diri sendiri, tidak terlalu fokus untuk memikirkan perkataan orang lain serta belum membuka status secara sepenuhnya. Secara eksternal lebih kepada keinginan untuk tidak diperlakukan berbeda hanya karena positif mengidap HIV-AIDS. Hal ini berkaitan dengan salah satu ciri dari individu yang telah melakukan penerimaan diri, yang diungkapkan oleh Jersild (dalam Leometa, 2007) yaitu memiliki keyakinan akan standar-standar serta pengakuan terhadap dirinya tanpa terpaku pada pendapat orang lain.

Faktor secara eksternal ini juga dapat muncul yang dipicu oleh adanya perlakuan diskriminatif yang diterima beberapa responden selama ini, baik dari lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitar. Beberapa fenomena diskriminasi yang dialami responden seperti diperlakukan secara berbeda, melarang untuk datang ke tempat pemujaan leluhur (sesuhunan), diskriminasi dari pihak tenaga kesehatan yang akan membakar peralatan medis yang pernah digunakan salah satu responden, kemudian ada juga yang mengalami pengucilan dan pengusiran oleh pihak keluarga mertua serta perilaku diskriminasi dari lingkungan masyarakat pura.

Gambaran diskriminasi yang diterima tentunya dapat memengaruhi penerimaan diri responden terhadap kondisi serta memengaruhi kondisi fisik serta psikologis. HIV-AIDS menurut Green dan Setyowati (dalam Arriza, Dewi & Kaloeti, 2011) juga dapat memunculkan masalah psikologis seperti ketakutan, keputusan yang disertai oleh prasangka buruk serta diskriminasi dari orang lain dan kemudian mengakibatkan munculnya tekanan psikologis kepada individu.

Belum membuka status secara sepenuhnya baik kepada keluarga besar maupun masyarakat luas juga dapat mengembangkan pandangan pada responden bahwa dirinya tidak merasa aneh maupun tidak merasa ditolak kehadirannya oleh orang lain. Keengganan responden untuk dapat membuka status sepenuhnya, dilatar belakangi oleh rasa takut bahwa kondisi responden yang positif mengidap HIV akan

berdampak besar tidak hanya pada perlakuan lingkungan sekitar terhadap responden namun juga pada keluarga besar mengingat salah satu responden merupakan seorang perempuan Bali dengan kasta Brahmana. Hal tersebut sejalan dengan yang disampaikan Sumarta, dkk. (2013) yang mengungkapkan bahwa ketidakpahaman terhadap HIV-AIDS cenderung menimbulkan stigma bagi para ODHA yang kemudian mengakibatkan ODHA untuk nyingidang (menyembunyikan) statusnya, bahkan kepada keluarga dekat sekali pun, terlebih lagi pada prajuru (fungsionaris) adat.

4. Tidak malu atau tidak hanya memperhatikan diri sendiri

Untuk dapat menjalankan hal tersebut individu terlebih dahulu harus memiliki keikatan diri (self commitment) seperti yang dijelaskan Bastaman (dalam Khotimah, 2010) yakni individu harus memiliki komitmen terhadap tujuan hidup yang telah ditetapkan yang dapat dilakukan dengan bertindak positif, selalu konsisten dalam berusaha dan tidak mengenal kata menyerah serta putus asa. Hal ini tergambar dari dua responden yang mengungkapkan bahwa dirinya saat ini fokus untuk terus menjaga kesehatan yang bertujuan untuk dapat mencapai hal-hal lain seperti membantu sesama serta dapat terus berbagi informasi mengenai HIV-AIDS kepada orang lain.

Ada satu responden yang mengungkapkan harapannya ke depan yang lebih kepada kemajuan organisasi yang telah dibangun. Hal ini menggambarkan adanya upaya yang dilakukan individu baik secara sadar dan sengaja untuk melakukan pengembangan potensi-potensi pribadi yang bersifat positif serta memanfaatkan relasi antar pribadi untuk dapat menunjang tercapainya tujuan hidup (Bastaman dalam Khotimah, 2010). Memiliki keinginan agar masyarakat dapat menerima para ODHA, harapan tersebut diwujudkan dengan terlebih dahulu menunjukkan pada masyarakat bahwa gambaran orang HIV saat ini sudah tidak lagi sama seperti dulu namun tetap dapat hidup sehat serta selalu dapat melakukan hal yang terbaik.

Hal tersebut mungkin akan terhambat pencapaiannya mengingat saat ini pemahaman masyarakat mengenai HIV-AIDS masih kurang. Surahma, Taufik dan Asmidir (2012) mengungkapkan bahwa kurangnya pemahaman masyarakat dan ditambah dengan adanya momok menyeramkan saat divonis sebagai ODHA yaitu kematian, membuat penderita sering menerima perlakuan tidak adil atau bahkan mengalami diskriminasi dari lingkungan keluarga dan masyarakat.

Lain halnya dengan responden yang positif mengidap HIV karena dilatar belakangi oleh statusnya sebagai mantan pecandu narkoba. Responden mengungkapkan bahwa fokusnya saat ini adalah untuk dapat segera pulih dari ketergantungan terhadap narkoba, sedangkan hal-hal lainnya seperti pekerjaan cenderung responden biarkan mengikuti proses yang terjadi. Bila dilihat dari karakteristik individu

yang telah melakukan penerimaan diri dari Sheerer (dalam Cronbach, 1963) yaitu tidak hanya memperhatikan diri sendiri tetapi memiliki orientasi keluar dari diri memang belum tercapai, namun menurut Bastaman (dalam Khotimah, 2010) responden sudah mulai melakukan pemahaman terhadap diri (self insight). Dalam hal ini responden setidaknya telah melakukan upaya untuk mengusahakan kehidupan yang lebih baik dengan segera pulih dari ketergantungan narkoba.

5. Berani memikul tanggung jawab terhadap perilaku/situasi yang dihadapi

Rasa akan tanggung jawab yang kelima responden tunjukkan terdiri dari dua jenis yaitu secara materi dan non materi. Bila dilihat dari sisi materi, persiapan yang dilakukan responden lebih pada tabungan untuk masa depan serta tanggungan jaminan kesehatan. Secara non materi lebih kepada kesiapan diri dan kelangsungan hidup anak-anak serta selalu memiliki rasa optimis untuk menghadapi masa depan. Campbell (dalam Hurlock, 1990) mengungkapkan, tingkat keberhasilan individu dalam menyelesaikan suatu masalah yang dihadapi akan menentukan kepuasan dan memengaruhi kebahagiaan individu tersebut. Hurlock (1990) kemudian menambahkan bahwa keberhasilan individu dalam menghadapi masalah yang dihadapi, berpengaruh terhadap konsep diri serta pembentukan kepribadian.

Rasa optimis untuk dapat menjalani kehidupan ke depan dengan lebih baik diakui salah satu responden muncul karena telah mendapatkan banyak pengalaman berarti selama bekerja membantu sesama di lapangan. Selain karena faktor pengalaman yang dimiliki selama di lapangan, rasa optimis juga membuat responden memiliki pandangan untuk melangkah dengan lebih baik dan menjadikan kesalahan di masa lalu sebagai sebuah pengalaman di dalam perjalanan hidup. Fournier dalam penelitiannya (2004) mengungkapkan bahwa optimisme membuat seorang penderita penyakit kronis, seperti HIV-AIDS, lebih mudah untuk beradaptasi dengan keadaannya dan lebih dapat mengontrol keadaannya. Segerstrom (dalam Hasan, Lilik & Agustin, 2013) menyebutkan pula bahwa optimisme dapat menolong individu untuk meningkatkan kesehatan psikologis, memiliki perasaan yang baik sehingga dapat melakukan penyelesaian masalah dengan cara yang logis.

6. Menerima celaan atau pujian secara objektif

Untuk dapat dikatakan sebagai individu yang telah melakukan penerimaan diri, Sheerer (dalam Cronbach, 1963) mengungkapkan individu harus dapat menerima celaan maupun pujian yang ditujukan kepada diri secara objektif. Sikap kelima responden terhadap pandangannya dalam menerima celaan hampir senada, memandang celaan maupun komentar yang ditujukan pada responden sebagai sebuah acuan serta semangat untuk melakukan introspeksi diri

sehingga dapat menjadi individu yang lebih baik lagi dan bukan menganggap sebagai suatu hal yang bersifat negatif, namun diungkapkan salah satu responden dirinya akan tetap berpegang pada prinsip yang di miliki untuk dapat memilah komentar yang diterima.

Ada pula responden yang menggunakan celaan yang ditujukan kepada dirinya sebagai sebuah hal untuk membuktikan diri kepada lingkungan, bahwa dirinya mampu untuk dapat bertahan hidup serta memiliki power. Hal ini sejalan dengan pernyataan yang diungkapkan Helmi, dkk (dalam Solikhah, Lilik & Priyatama, 2014) bahwa sikap penerimaan diri terlihat dari pengakuan individu terhadap kelebihan serta kekurangan tanpa menyalahkan orang lain dan mempunyai keinginan yang bersifat terus menerus untuk mengembangkan diri.

7. Tidak menyalahkan diri atas keterbatasan maupun mengingkari kelebihan

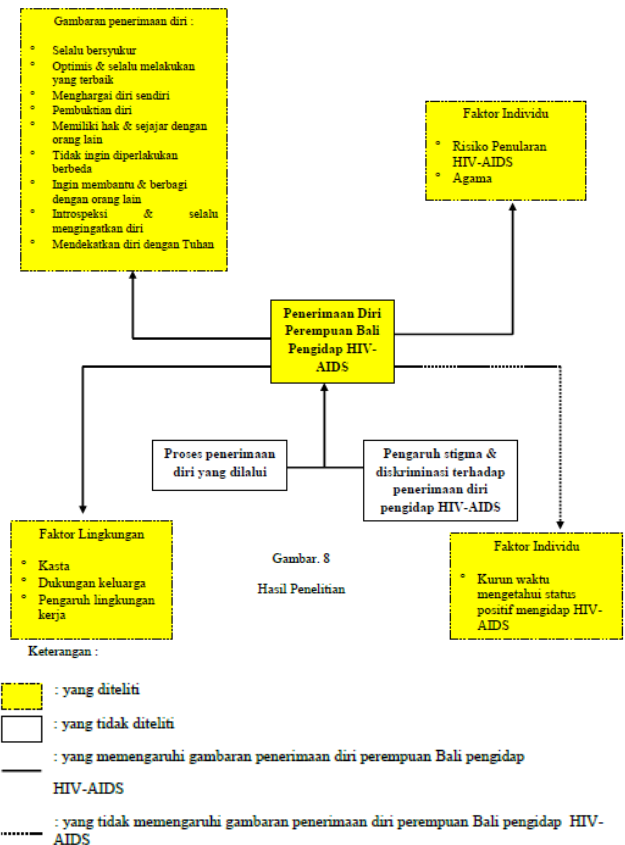
Berdasarkan dari hasil yang telah dijabarkan pada sub bab sebelumnya, hanya terdapat satu orang responden yang masih memiliki rasa bersalah terhadap diri. Hal tersebut diungkapkan responden timbul karena merasa kondisi yang dialami saat ini merupakan sebuah konsekuensi yang harus ditanggung atas perilakunya di masa lalu yang pernah menjadi seorang pecandu narkoba. Pancawati (2013) mengungkapkan dalam penelitiannya yang berjudul “Penerimaan Diri dan Dukungan Orangtua Terhadap Anak Autis” bahwa penerimaan diri tidak terjadi karena responden belum mampu untuk menyelesaikan beban psikologisnya atau konflik yang ada di dalam diri sehingga membuat diri kurang dapat menerima dan merasa berat untuk menjalani kondisi yang dialami.

Berbeda halnya dengan yang diungkapkan empat responden lain yang saat ini sudah tidak lagi menyalahkan, baik diri sendiri maupun kondisi yang dihadapi. Secara spiritual ada juga dua responden yang memutuskan untuk berpindah keyakinan karena menikah kembali, mendapatkan kenyamanan dan lebih diterima setelah berpindah keyakinan. Hal tersebut berkaitan dengan penjelasan yang diungkap Bastaman (dalam Khotimah, 2010) yaitu dengan melakukan pendekatan pada Tuhan, individu akan menemukan berbagai makna dan tujuan hidup yang dibutuhkan. Hurlock (1990) kemudian mengungkapkan, pada usia dewasa individu cenderung sudah memiliki pandangan hidup yang didasarkan pada agama yang dianggap memberikan kepuasan bagi diri atau dapat pula terjadi, individu meninggalkan agama yang dianut keluarga karena dirasa agama tersebut tidak memberikan kepuasan terhadap dirinya.

Tidak menutupi status positif mengidap HIV pada lingkungan juga membuktikan bahwa responden tidak merasa ruang geraknya terbatas ataupun mengingkari kelebihan yang dimiliki, justru responden ingin berbagi pengalaman dengan

orang lain. Dukungan yang diberikan anak-anak berupa ungkapan kebanggaan pada salah satu responden yang memperlihatkan bahwa responden tidak lagi merasa diri terbatas, namun justru dapat melakukan banyak hal bahkan melebihi orang lain yang memiliki pendidikan tinggi. Salah satu bentuk dukungan sosial yang dapat diberikan dan diterima oleh individu yang diungkap Sarafino (2010) yaitu emotional support, yakni bentuk dukungan yang melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta maupun bantuan secara emosional.

22



Berdasarkan hasil penelitian, peneliti kemudian menyimpulkan bahwa terdapat sembilan gambaran penerimaan diri pada perempuan Bali pengidap HIV-AIDS yaitu selalu bersyukur, optimis dan selalu melakukan yang terbaik, menghargai diri sendiri, pembuktian diri, memiliki hak dan merasa sejajar dengan orang lain, tidak ingin diperlakukan berbeda, ingin membantu serta dapat berbagi dengan orang lain, introspeksi diri, mendekatkan diri dengan Tuhan. Dalam penelitian ini, peneliti juga menemukan keunikan bahwa terdapat beberapa faktor yang memengaruhi gambaran penerimaan diri pada perempuan Bali pengidap HIV-AIDS yaitu faktor risiko penularan HIV-AIDS, faktor agama dan faktor kasta. Hal tersebut terlihat berpengaruh pada karakteristik tidak merasa diri aneh dan tidak merasa akan ditolak oleh orang lain, tidak malu atau hanya memperhatikan

diri sendiri, dan tidak menyalahkan diri atas keterbatasan dan mengingkari kelebihan.

Ada pun saran-saran yang dapat peneliti berikan kepada individu maupun pihak yang berkaitan dengan penelitian ini, yaitu:

1. Saran bagi individu ODHA

Memperbanyak kegiatan rutin yang dapat mendukung kemampuan psikologis, minat serta bakat yang dimiliki ODHA dan berkaitan terhadap hidup dengan HIV seperti ikut dalam kegiatan group support. ODHA akan menghadapi banyak permasalahan ke depannya, terutama dalam hal kesehatan yang tentu akan semakin kompleks. Oleh karena itu peranan komunikasi antara ODHA, baik dengan LSM/instansi terkait penanggulangan HIV-AIDS maupun dengan keluarga serta masyarakat sangatlah penting terutama dalam hal mendapat dukungan tidak hanya secara materi namun juga dukungan sosial.

2. Saran bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga ODHA

Pentingnya peranan dukungan sosial dari keluarga dalam membantu ODHA untuk dapat menerima kondisi diri. Dalam hal ini cara orang terdekat dari ODHA seperti pasangan maupun keluarga dalam memotivasi dan juga mengingatkan ODHA mengenai pentingnya minum obat tepat waktu, dapat memberikan rasa nyaman bagi ODHA tanpa adanya diskriminasi.

3. Saran bagi pemerintah/perangkat pemerintahan

Dalam lingkup adat, khususnya di Bali, ada baiknya juga bila prajuru (fungsiaris) adat maupun krama adat bali untuk sama-sama saling memahami beberapa hal penting yang berkaitan dengan HIV-AIDS seperti informasi dasar mengenai penularan, sosialisasi obat ARV, dan mendorong krama adat yang berisiko terjangkit HIV-AIDS untuk bersedia memeriksakan diri secara medis ke layanan kesehatan yang berkompeten, yang bertujuan untuk mengurangi laju jumlah ODHA di desa pakraman Bali.

4. Saran bagi masyarakat

Menghilangkan stigma serta diskriminasi terhadap ODHA dapat membantu para ODHA untuk dapat melakukan proses penerimaan terhadap dirinya. Tidak lagi melakukan stigma dan diskriminasi pada ODHA baik terutama di lingkungan desa pakraman di Bali, baik saat ODHA semasa hidup maupun sesaat setelah meninggal juga dapat membentuk munculnya rasa empati masyarakat pada ODHA.

5. Saran bagi peneliti lain

Sehubungan penggunaan responden dalam penelitian yang menasar hanya pada perempuan khususnya perempuan Bali, maka disarankan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian terkait gambaran penerimaan diri pada individu pengidap HIV-AIDS dengan populasi responden yang berjenis kelamin laki-laki. Hal tersebut bertujuan agar mendapatkan pembahasan serta pemahaman mengenai gambaran

penerimaan diri individu pengidap HIV-AIDS secara lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Arriza, B., Dewi, E., & Kaloeti, D. (2011). Memahami rekonstruksi kebahagiaan pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal Psikologi Undip*, 10, No. 2, 153-162.
- Cronbach, L.J. (1963). *Educational psychology* (ed. ke-2). New York: Harcourt, Bruce, and World.
- Demartoto, A. (2006). ODHA, masalah sosial dan pemecahannya. *Jurnal Penduduk dan Pembangunan*, 6, No. 2, 105-115.
- Fournier, M., & Bensing, J. (2003) Is optimism sensitive to the stressor of chronic disease ? the impact of type I diabetes mellitus and multiple sclerosis on optimistic beliefs. *Psychology and Health*, 18, 277-294.
- Ghony, M. D., & Almanshur, F. (2012). *Metodologi penelitian kualitatif*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hasan, A.B.P. (2008). *Pengantar psikologi kesehatan islami*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hasan, A., Lilik, S., & Agustin, R. (2013). Hubungan antara penerimaan diri dan dukungan emosi dengan optimisme pada penderita diabetes melitus anggota aktif PERSADIA (Persatuan Diabetes Indonesia) cabang Surakarta. *Jurnal Ilmiah Psikologi Candradijiwa*, 02, No. 02, 60-74.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (1992). *Personality theories: basic assumptions, research, and application* (ed. ke-3). Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Jawa Pos National Network. (2011). *Indonesia taraf epidemi AIDS: diskriminasi ODHA perempuan lebih tinggi*. Diakses: 19 Februari 2013 dari website <http://www.jpnn.com/read/2012/12/01/148772/Indonesia-Taraf-Epidemi-HIV/AIDS>
- Hurlock, E. B. (1990). *Psikologi perkembangan: suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan* (ed. ke-5). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Khotimah, N. (2010). Penerimaan ibu yang memiliki anak tunarungu. *Jurnal Universitas Gunadarma*.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2008). *Strategi penanggulangan HIV dan AIDS pada perempuan tahun 2007-2010*. Jakarta

- Laporan Pre-Eliminary Study mengenai stigma dan diskriminasi ODHA di Bali. (2014). Tidak Diterbitkan.
- Leometa, C. H. (2007). Penerimaan diri penderita systemic lupus erythematosus (SLE) usia dewasa muda. Skripsi. Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia.
- Moleong. (2004). Metodologi penelitian kualitatif (edisi revisi). Bandung: PT.Remaja Rosdakarya.
- Myers, D. G. (2012). Exploring social psychology (ed. ke-6). New York: Mc-Graw Hill International Edition.
- Nurbani, F. (2009). Dukungan sosial pada ODHA. Jurnal Psikologi Universitas Guna Dharma.
- Paputungan, K. (2013). Dinamika psikologis pada orang dengan HIV Dan AIDS (ODHA). EMPATHY Jurnal Fakultas Psikologi, 2, No. 1, 1-21.
- Ryff, C. D. (1996) Psychological well being: encyclopedia of gerontology. Madison: Academic Press, Inc.
- Sarafino, E. P., & Smith, T.W. (2010). Health psychology: biopsychosocial interactions (ed. ke-7). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sattler, J.M. (2002). Assesment of children behavioral and clinical applications (ed. ke-4). San Diego: Publisher, Inc.
- Solikhah, K., Lilik, S., & Priyatama, A. N. (2014). Pengaruh pelatihan penerimaan diri terhadap peningkatan kebermaknaan hidup remaja tunadaksa karena kecelakaan. Jurnal Ilmiah Psikologi Candradiwa, 03, No. 01, 53-63.
- Sugiyono. (2013). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D. Bandung: Penerbit Alfabeta Bandung.
- Sumarta, K., Sena, G. A., Anaya, G. N., & Suarmiarta. (2013). Tuntunan pendampingan dan penanganan krama dengan HIV-AIDS (KDHA) oleh desa pakraman di seluruh Bali. Denpasar: MUDP Bali Kantor Dinas Kebudayaan Provinsi Bali.
- Surahma, W., & Taufik., A. I. (2012). Konsep diri dan masalah yang dialami orang terinfeksi HIV/AIDS. Jurnal Ilmiah Konseling, 1, No. 1, 1-12.
- Suriyani, L. D. (2006). Makin banyak ibu rumah tangga terinfeksi HIV. In Muhajir, A., Soesanto, M & Erviani, N.K (Eds.), LENTERA: Lembaran Tentang Realita AIDS (hlm. 3-5). Bali: Sloka Institute.
- Sutrisno, S. (2006). Antisipasi kaum muda Bali terhadap HIV dan AIDS. In Muhajir, A., Soesanto, M & Erviani, N.K (Eds.), LENTERA: Lembaran Tentang Realita AIDS (hlm. 8-10). Bali: Sloka Institute.
- Tobing, D. H. (2006). Punk sebagai sebuah jalan hidup/way of life (sebuah studi eksploratif fenomenologis komunitas punk di Yogyakarta). Yogyakarta: Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada- tidak dipublikasikan.
- Windia, W., Komalasari, G. A., Suartika, G., Sudantra, K., Dyatmikawati, P., Pemayun., C., dkk. (2009). Perkawinan pada gelahang di Bali. Denpasar: Udayana University Press.

ISSN 2301-7082

JURNAL

Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental

Volume No. 3
Desember

Table of Contents

No.	Title	Page
1	Hubungan antara Kecerdasan Emosional dengan Gaya Manajemen Konflik pada Wanita Dewasa Awal yang Telah Menikah	113 - 119
2	Pengaruh Self-Compassion terhadap Kompetensi Emosi Remaja Akhir	120 - 126
3	Perbedaan Penyesuaian Perkawinan antara Suami dan Istri yang Menikah pada Usia Remaja Akhir di Surabaya	127 - 133
4	Hubungan Persepsi Mahasiswa terhadap Harapan Orangtua dalam Penyelesaian Studi S1 dengan Tingkat Stres pada Mahasiswa dalam Mengerjakan Skripsi	134 - 139
5	Perbedaan Self Esteem Remaja Panti Asuhan di Surabaya Ditinjau dari Persepsinya terhadap Pola Asuh	140 - 145
6	Perbedaan Perilaku Cyberbullying Ditinjau Dari Persepsi Siswa Terhadap Iklim Sekolah Di SMK Negeri 8 Surabaya	146 - 152
7	Hubungan antara Tuntutan Orangtua terhadap Prestasi dengan Perfeksionisme pada Anak Berbakat di SMA Negeri 1 Gresik	153 - 158
8	Hubungan antara Tingkat Harga Diri dengan Kecenderungan Perilaku Seks Pranikah pada Remaja Pondok Pesantren Assalafi Alfitrah Surabaya	159 - 163

Pengaruh Self-Compassion terhadap Kompetensi Emosi Remaja Akhir

Pengaruh Self-Compassion terhadap Kompetensi Emosi Remaja Akhir

Author :

Fadhilah Ramadhani | fadhilahramadhani1@gmail.com
Fakultas Psikologi
Duta Nurdibyanandaru | duta.nurdibyanandaru@psikologi.unair.ac.id
Fakultas Psikologi

Abstract

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh dari self-compassion terhadap kompetensi emosi remaja akhir. Hal yang diselidiki dalam penelitian ini, yaitu pengaruh self-compassion terhadap kompetensi emosi. Penelitian dilaksanakan pada remaja akhir usia 18 sampai 22 tahun dengan jumlah subjek sebanyak 108 yang terdiri atas 4 remaja di jenjang SMA dan 106 remaja pada jenjang kuliah, universitas atau sederajat. Alat pengumpul data berupa kuesioner berisi 68 butir yang disusun oleh penulis berdasarkan teori self-compassion milik Neff (2012) dan kompetensi emosi milik Mikolajczak (Brausser, dkk., 2013). Analisis data dilakukan dengan tehnik statistik regresi linear menggunakan program statistik SPSS versi 16. Hasil analisis data penelitian diperoleh nilai F sebesar 46,215 dan signifikansi sebesar 0,000 yang menunjukkan bahwa hasil dari penelitian ini secara statistik adalah signifikan. Nilai $R^2 = 0,304$ yang kemudian dikalikan dengan 100% menjadi 30,4% yang menunjukkan prosentase besar pengaruh self-compassion terhadap kompetensi emosi. Kesimpulannya yaitu persamaan regresi yang diperoleh dapat menjelaskan pengaruh self-compassion terhadap kompetensi emosi. Koefisien regresi yang didapat sebesar $(+)0,771$ menunjukkan pengaruh positif dari self-compassion terhadap kompetensi emosi remaja akhir. Hal ini menunjukkan bahwa setiap kenaikan self-compassion akan meningkatkan kompetensi emosi seseorang.

Keyword : Self-compassion, Kompetensi, emosi, Remaja, akhir,

Daftar Pustaka :

1. **Akin, A., (2010).** Self-compassion and loneliness.. 2(3), 702-718 : International Online Journal of Educational Sciences

Pengaruh *Self-Compassion* terhadap Kompetensi Emosi Remaja Akhir

Fadhilah Ramadhani

Duta Nurdibyanandaru

Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya

Abstract.

This present study aim to determine whether there is an influence of self-compassion to emotional competence in late adolescence. This research is conducted at late adolescence in a sample of 108 people (106 college or university student and 4 high school student). Data collection tool of self-compassion scale consists of 25 items and emotional competence scale consists of 23 items. Scales were developed by author based on the theory of self-compassion developed by Neff (2012) and emotional competence by Mikolajczak (Brausser, et al., 2013). Result analysis shows that self-compassion had a significant positive association with emotional competence (significance = $0,000 < 0,05$). RSquare value in this association is 0,304 and the regression coefficient is 0,771. This result indicate that 30,4% of the variance in self-compassion could influence the emotional competence. The positive coefficient (+)0,771 showed a positive association between self-compassion and emotional competence which means if the self-compassion in person is increasing, so does with his/her emotional competence.

Keywords: *Self-compassion; Emotional competence; Late adolescence*

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh dari self-compassion terhadap kompetensi emosi remaja akhir. Hal yang diselidiki dalam penelitian ini, yaitu pengaruh self-compassion terhadap kompetensi emosi. Penelitian dilaksanakan pada remaja akhir usia 18 sampai 22 tahun dengan jumlah subjek sebanyak 108 yang terdiri atas 4 remaja di jenjang SMA dan 106 remaja pada jenjang kuliah, universitas atau sederajat. Alat pengumpul data berupa kuesioner berisi 68 butir yang disusun oleh penulis berdasarkan teori self-compassion milik Neff (2012) dan kompetensi emosi milik Mikolajczak (Brausser, dkk., 2013). Analisis data dilakukan dengan tehnik statistik regresi linear menggunakan program statistik SPSS versi 16. Hasil analisis data peneltian diperoleh nilai F sebesar 46,215 dan signifikansi sebesar 0,000 yang menunjukkan bahwa hasil dari penelitian ini secara statistik adalah signifikan. Nilai $R^2 = 0,304$ yang kemudian dikalikan dengan 100% menjadi 30,4% yang menunjukkan prosentase besar pengaruh self-compassion terhadap kompetensi emosi. Kesimpulannya yaitu persamaan regresi yang diperoleh dapat menjelaskan pengaruh self-compassion terhadap kompetensi emosi. Koefisien regresi yang didapat sebesar (+)0,771 menunjukkan pengaruh positif dari self-compassion terhadap kompetensi emosi remaja akhir. Hal ini menunjukkan bahwa setiap kenaikan self-compassion akan meningkatkan kompetensi emosi seseorang.

Kata kunci: *Self-compassion; Kompetensi emosi; Remaja akhir*

Korespondensi:

Fadhilah Ramadhani email: fadhilahramadhani1@gmail.com

Duta Nurdibyanandaru email: duta.nurdibyanandaru@psikologi.unair.ac.id

Fakultas Psikologi. Universitas Airlangga, Jl. Airlangga 4-6, Surabaya - 60286

PENDAHULUAN

Masa remaja ialah satu periode di antara usia kurang lebih tiga belas tahun sampai dua puluh tahun untuk anak laki-laki, dan satu atau dua tahun lebih awal bagi anak gadis, dalam periode ini individu mendapatkan karakteristik seksual sekunder dan sifat kedewasaan berupa perubahan fisik yang disertai dengan perubahan psikologis yang penting dan khusus berkaitan dengan konsep diri (Widyatama, 2010).

Pada masa remaja akhir, individu akan mulai memiliki minat karir, pacaran, dan eksplorasi identitas seringkali lebih menonjol di remaja akhir dibandingkan di masa remaja awal (Santrock, 2007). Hal tersebut rupanya menimbulkan tekanan tersendiri bagi remaja kebanyakan, seperti tekanan yang dirasakan atas performa akademis, keinginan untuk diterima dan merasa cocok dalam suatu kelompok sosial yang tepat, permasalahan *body image*, *dating*, *sex*, dan lain-lain yang kebanyakan adalah hal-hal yang kurang perlu atau kurang penting (Harter, 1993; Simmons, Rosenberg, & Rosenberg, 1973; Steinberg, 1999, dalam Neff & McGehee, 2010).

Hessler & Katz (2010) menunjukkan krisis-krisis remaja, yaitu sebuah periode transisi dimana anak memiliki resiko yang lebih tinggi atau rentan pada perilaku penyalahgunaan narkoba, perilaku seks yang menyimpang, dan masalah penyesuaian diri. Remaja yang terlibat dalam perilaku menyimpang dan kesulitan beradaptasi saat usia muda merupakan suatu masalah, karena mereka semakin memiliki potensi untuk terkait dengan banyak hal-hal negatif di jenjang perkembangan berikutnya seperti kehamilan di usia muda dan ketergantungan alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan (Sher & Zalsman, 2005 dalam Hessler & Katz, 2010). Keadaan tersebut menunjukkan seberapa pentingnya kompetensi emosi bagi seorang remaja hari ini, karena seseorang yang tidak memiliki strategi dalam menghadapi emosinya sendiri akan rentan terjebak dalam penggunaan obat-obatan untuk melegakan emosi negatifnya (Cooper, dkk., & Mudar, 1992 dalam Hessler & Katz, 2010). Polda Metro Jaya juga menyatakan bahwa kenakalan remaja mengalami peningkatan sebesar 36,33% (*"Polda Metro: Kenakalan remaja meningkat pesat, perkosaan menurun"*, 2012). Selama Januari - Juni tahun 2012, di Indonesia, Komisi Perlindungan Anak

menerima 20 kasus percobaan bunuh diri dan dari jumlah itu sekitar 80% adalah anak usia 13-17 tahun, 13 orang diantaranya meninggal (Silalahi, 2012). Rata-rata remaja di Purwakarta bercerai setelah menikah 2 sampai 3 tahun, mereka menikah karena terlanjur hamil oleh kekasihnya dan pernikahan itu diibaratkan sebagai penebus dosa mereka karena hamil duluan (Lestari & Winarno, 2014). Berita tersebut juga memaparkan pernyataan dari narasumber yaitu salah seorang siswa yang sekolah di Purwakarta, bahwa teman-temannya sudah 7 (tujuh) yang menikah karena pacarnya hamil. Penelitian Hessler dan Kartz (2010) menyatakan bahwa kompetensi emosi pada anak dapat menjadi poin penting untuk melakukan intervensi dalam rangka mengurangi angka perilaku menyimpang pada remaja.

Kompetensi emosi ialah sebuah kemampuan beradaptasi yang didapat dari pengalaman emosi (Saarni, 1999; Saarni, dkk., 2006 dalam Santrock, 2010). Seseorang yang memiliki kompetensi emosi dalam konteks yang bervariasi cenderung dapat mengelola emosinya secara efektif, menjadi tangguh dalam menghadapi keadaan *stress* (penuh tekanan), dan saat membangun hubungan yang positif (Denham, Basset, & Wyatt, 2007 dalam Santrock, 2007). Definisi lain dari kompetensi emosi adalah bagaimana seseorang mampu mengidentifikasi, mengekspresikan, memahami, meregulasi, dan menggunakan emosinya (Mayer & Salovey, 1997; Mikolajczak, 2009 dalam Brasseur, dkk., 2013). Individu dapat menjadi lebih peka atas siklus emosinya, seperti perasaan bersalah atas kemarahannya, kepekaan tersebut dapat memperbaiki kemampuannya untuk mengatasi gejolak emosinya (Santrock, 2007). Remaja juga dapat menjadi lebih ahli dalam menunjukkan emosinya pada orang lain (menutupi kemarahannya dalam hubungan sosial) dan mengetahui pentingnya kemampuan untuk mengkomunikasikan emosinya atau menyampaikan apa yang ia rasakan dengan baik agar memperbaiki kualitas hubungan (Saarni, 1999; Saarni, dkk., 2006 dalam Santrock, 2010). Perkembangan kompetensi emosi dapat membawa perubahan positif pada *well-being* secara psikologis, kualitas hubungan sosial, dan kinerja (Nelis, dkk., 2011), kemudian penelitian lain juga menyatakan kompetensi emosi bisa mengurangi reaksi *neuroendocrine* pada stress (Mikolajczak, dkk., 2007 dalam Brasseur, dkk., 2013).

dan mengurangi perilaku yang merusak kesehatan seperti merokok, minum-minum berlebihan, dan berkendara secara ceroboh (Brackett & Mayer, 2003; Trinidad & Johnson, 2002 dalam Brasseur, dkk, 2013). Remaja yang belum bisa mengelola emosi mereka dengan efektif akan mengantarkan mereka pada depresi, marah, serta kurangnya regulasi emosi yang dapat memicu kesulitan akademis, obat-obatan terlarang, kenakalan remaja, dan gangguan makan (Santrock, 2007).

Self-compassion, di sisi lain, terbukti memiliki hubungan dengan fungsi adaptasi secara psikologi pada seseorang (Neff, dkk., 2007), mengurangi kecemasan dan depresi (Neff, 2009 dalam Neff, 2012), berpengaruh pada kebijaksanaan dan kecerdasan emosi (Neff, 2003; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007 dalam Neff, 2012). *Self-compassion* sendiri berasal dari kata *compassion* yang berarti rasa belas kasih (Echols & Shadily, 2000), rasa kasih sayang yang kita rasakan apabila melihat orang menderita, yang membuat kita akan cenderung berusaha memahami dan ikut merasakan apa yang ia rasakan, keinginan untuk membantu bukan mengasihani, akan ada sebuah kebaikan hati, kepedulian, dan memahami. *Self-compassion* adalah hal yang sama seperti *compassion*, hanya saja hal tersebut diarahkan pada diri sendiri (Neff, 2012). *Self-compassion* digambarkan dari variasi tulisan-tulisan Guru Buddha (Bennet-Goleman, 2001; Brach, 2003; Goldstein & Kornfield, 1987; Salzberg, 1997 dalam Neff, 2012), yang kemudian oleh Neff (2012) didefinisikan menjadi tiga komponen yaitu *self-kindness* (bersikap baik pada diri sendiri), *a sense of common humanity* (pemahaman akan kemanusiaan), dan *mindfulness* (penuh kesadaran). Hasil dari penelitian Neff (2007) juga menerangkan, seseorang yang memiliki *self-compassion* tinggi lebih dapat merasakan kenyamanan dalam kehidupan sosial dan dapat menerima dirinya secara apa adanya, selain itu juga dapat meningkatkan kebijaksanaan dan kecerdasan emosi (Neff, 2003; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007 dalam Neff, 2012) dan dapat memicu *emotional coping skills* yang lebih baik, seperti menjadi lebih jelas mengenai perasaan diri dan kemampuan untuk memperbaiki keadaan emosi negatif (Neely, dkk, 2009; Neff, 2003; Neff, Hsieh, & Dejithirath, 2005, dalam Neff, 2012). Keterkaitan antara *self-compassion* dengan poin penting dari

kompetensi emosi (Saarni, 1999; Saarni, dkk, 2006 dalam Santrock, 2010), yaitu kepekaan atas kondisi orang lain dan dapat melakukan *coping* secara adaptif, selain itu juga memiliki keterkaitan dengan indikator kompetensi emosi Mikolajczak (2009, dalam Brasseur, dkk., 2013) mengidentifikasi, memahami, dan meregulasi emosi. *Self-compassion* juga dapat membantu seseorang untuk tidak mencemaskan kekhawatiran yang ada pada dirinya sendiri, karena orang yang memiliki *self-compassion* dapat memperlakukan seseorang dan dirinya secara baik dan memahami ketidaksempurnaan manusia (Neff, 2012).

METODE PENELITIAN

Definisi operasional

Definisi operasional dari variabel X yang mana dalam penelitian ini adalah *self-compassion*, ialah hal yang sama seperti *compassion*, hanya saja hal tersebut diarahkan pada diri sendiri (Neff, 2012). Hal ini berarti menyayangi diri sendiri yang mana melibatkan tiga aspek berikut ini: 1) *Self-kindness*, yaitu bagaimana seseorang mampu berbaik hati pada dirinya sendiri yang dapat digambarkan dengan sebuah pernyataan “tidak apa, saya akan berbaik sangka dan memaafkan diri saya sendiri”, 2) *Common humanity*, yaitu bagaimana seseorang mampu memanusiakan dirinya sendiri yang dapat digambarkan dengan sebuah pernyataan “kekecewaan merupakan bagian dari hidup setiap manusia”, 3) *Mindfulness*, yaitu bagaimana seorang individu mampu berhati-hati dan memiliki kesadaran penuh dalam berpikir dan merasa atas kesulitan yang dihadapinya agar dapat memikirkan dan merasakan sewajarnya yang dapat digambarkan dengan sebuah pernyataan “saya menyadari, ini adalah masa sulit dan menyakitkan dengan keadaan diri saya yang ...”.

Variabel Y dalam penelitian ini adalah kompetensi emosi yang memiliki arti, menurut Saarni (1999), adalah individu yang percaya atau yakin apabila ia memiliki kepercayaan diri dan kemampuan untuk bisa merespon secara emosional, juga secara strategis dan serempak menerapkan pengetahuannya tentang emosi dan ekspresi emosinya pada relasi dengan orang lain, sehingga mereka bisa menegosiasi keinginan atau pendapatnya melalui pertukaran interpersonal dan mengatur emosinya serta tujuan yang mereka

inginkan. Karakteristik kompetensi emosi menurut Mikolajczak (2009, dalam Brasseur, dkk., 2013) adalah: 1) Mengidentifikasi emosi, yaitu bagaimana seseorang dapat mengenali kondisi emosi lawan bicaranya, 2) Bereksresi emosi, yaitu bagaimana seseorang dapat menentukan ekspresi yang tepat pada situasi dan kondisi tertentu, menunjukkan pendapat atau perasaan dengan cara yang baik dan dapat diterima oleh lingkungan, 3) Memahami emosi, yaitu bagaimana seseorang dapat memahami mengapa seseorang bisa marah, mengapa seseorang merasa sedih, apa yang akan terjadi apabila ia melakukan suatu hal, dan memahami dampak dari sebuah perilaku atau pernyataan, 4) Meregulasi emosi, yaitu seseorang yang mampu mengelola emosinya seperti dapat mengendalikan diri saat marah, 5) Menggunakan emosi, yaitu bagaimana seseorang mampu menggunakan pengetahuan emosinya untuk mengambil keputusan yang tepat.

Subjek penelitian

Subjek dari penelitian ini ialah semua orang yang memiliki karakteristik remaja akhir, yaitu antara usia 18 dan 22 tahun (Santrock, 2003) dan memiliki latar belakang pendidikan atau sedang bersekolah untuk membatasi salah faktor yang mempengaruhi kompetensi emosi yaitu proses perkembangan seseorang yang dalam hal ini penulis batasi pada individu yang berproses dalam konteks pendidikan formal.

Metode pengumpulan data

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan metode kuesioner berupa skala untuk mengukur *self-compassion* dan kematangan emosi. Metode kuesioner dalam bentuknya secara langsung didasarkan pada laporan tentang diri sendiri atau *self-reports*, atau setidaknya-tidaknya pada pengetahuan dan atau keyakinan pribadi (Hadi, 2004). Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan bentuk skala likert. Butir-butir dalam kuesioner disusun dalam bentuk pernyataan-pernyataan yang bersifat mendukung (*favorable*) dan tidak mendukung (*unfavorable*). Subjek memiliki 4 (empat) pilihan jawaban, yaitu: Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Netral (N), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS).

Metode analisis data

Teknik analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik analisis regresi sederhana yang digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai kemampuan variabel bebas mempengaruhi variabel tergantung. Perhitungan analisis data ini menggunakan aplikasi SPSS 16.0 untuk windows.

HASIL DAN BAHASAN

Perhitungan yang dilakukan dengan teknik regresi sederhana menghasilkan persamaan $Y = 63,937 + 0,771X$. Persamaan ini menunjukkan apabila tidak terdapat atau tidak ada variabel *self-compassion* sama sekali, maka kompetensi emosi tetap ada dengan nilai 63,937. Nilai koefisien positif (+) regresi X sebesar 0,771 itu berarti bahwa setiap kenaikan tingkat *self-compassion* akan menambah atau meningkatkan tingkat kompetensi emosi sebesar 0,771 satuan. Hasil regresi yang positif tersebut menyatakan bahwa korelasi *self-compassion* dan kompetensi emosi dinyatakan positif yang artinya jika *self-compassion* meningkat maka kompetensi emosi pada diri seseorang juga akan menjadi lebih baik. Hal ini berlaku sebaliknya, yaitu apabila semakin rendah tingkat *self-compassion* maka akan semakin buruk pula kompetensi emosinya.

Hasil dari penelitian ini tampak dari hasil perhitungan nilai *P-value* atau *signifikansi* sebesar 0,000 lebih kecil dari $\alpha = 0,05$. Hipotesis pada penelitian ini dapat diterima, yaitu terdapat pengaruh yang signifikan dari *self-compassion* terhadap kompetensi emosi remaja akhir.

Data hasil analisis yang telah didapatkan, menunjukkan bahwa kedua variabel X dan Y memiliki hubungan yang positif, yaitu apabila *self-compassion* seseorang meningkat maka akan meningkatkan kompetensi emosinya. Hal ini tampak dari hasil analisis yang menunjukkan angka F sebesar 46,215 dan *P-value* sebesar 0,000 (lebih kecil dari 0,05). Pengaruh *self-compassion* terhadap kompetensi emosi sebesar 30,4%. Semakin tinggi *self-compassion* pada seseorang maka akan menunjang semakin baiknya kompetensi emosinya. Prosentase tersebut memberikan sumbangan yang cukup besar pada variabel kompetensi emosi, disamping faktor lain yang mempengaruhi kompetensi emosi yaitu identitas diri, pengertian moral (*moral*

sense), dan proses perkembangan seseorang (Saarni, 1999). Pengaruh besar yang diberikan oleh *self-compassion* terhadap kompetensi emosi tampak dari kesesuaiannya dengan pengertian moral (faktor yang mempengaruhi kompetensi seseorang), yaitu ketika seseorang berperilaku sesuai dengan sifat moral, kode moral, dan aturan moral maka seseorang dapat berperilaku adaptif dan berkompeten secara emosional, hal ini searah dengan *self-compassion* yang memiliki hubungan positif dengan fungsi adaptasi psikologis seseorang (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). *Self-compassion*, dalam hal ini, dapat mendukung seseorang untuk berperilaku secara adaptif dengan menyesuaikan nilai dan moral yang berlaku disekitarnya. Kesesuaian lain dari *self-compassion* dengan kompetensi emosi ditunjukkan lagi dengan kenyataan bahwa keduanya mengarah pada peningkatan *well being* seseorang. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Nelis, dkk. (2011) yang menyatakan bahwa kompetensi emosi dapat membawa perubahan positif pada *well-being* secara psikologis, kualitas hubungan sosial, dan kinerja, serta penelitian sebelumnya yang menunjukkan *self-compassion* memiliki hubungan sangat signifikan dengan *well being* seseorang dilihat dari keterkaitannya dengan persepsi penerimaan sosial dan kepuasan hidup yang merupakan salah satu bagian dari kebermaknaan hidup (2003; Neff, Pisitsungkagarn, & Hsieh, 2008, dalam Neff, 2012).

Self-compassion sangat sesuai untuk mendukung poin-poin indikator dari kompetensi emosi milik Mikolajczak (2009 dalam Brausser, dkk, 2013), yaitu kemampuan seseorang untuk menjadi lebih peka untuk mengidentifikasi emosi, mengekspresikannya, memahami sebab dan akibat dari emosi, melakukan regulasi emosi (melakukan *coping* dan kemampuan untuk menghadapi keadaan emosi negatif, yaitu sedih, kecewa, marah, dll), dan kemampuan untuk menggunakan emosi agar dapat dimanfaatkan untuk kebaikan dalam menjaga hubungan dengan orang lain. Asumsi penulis tersebut didukung dengan fakta bahwa *self-compassion* dapat membantu perkembangan remaja dalam menghadapi tekanan seperti tekanan yang dirasakan atas performa akademis, keinginan untuk diterima dan merasa cocok dalam suatu kelompok sosial yang tepat, permasalahan *body image*, *dating*, *sex*, dan lain-lain (Harter,

1993; Simmons, Rosenberg, & Rosenberg, 1973; Steinberg, 1999, dalam Neff & McGehee, 2010) karena *self-compassion* telah diteliti mampu meningkatkan kebijaksanaan dan kecerdasan emosi (Neff, 2003; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007 dalam Neff, 2012), memicu *emotional coping skill*, mengenal perasaan, dan kemampuan memperbaiki emosi negatif (Neely, dkk, 2009; Neff, 2003; Neff, Hsieh, & Dejithirath, 2005 dalam Neff, 2012). Seseorang yang menghadapi tekanan dan memiliki *self-kindness* akan terhindar dari frustrasi dan *stress* karena ia akan menerima kenyataan dengan emosi positif dan pengertian atau kepedulian yang sangat membantu dalam menghadapi tekanannya sendiri (Neff, 2012), sebagaimana yang dinyatakan oleh Neff (2007), bahwa *self-compassion* yang tinggi dapat membuat seseorang merasakan kenyamanan dalam kehidupan sosial dan lebih menerima diri secara apa adanya, dapat menghadapi situasi yang bersifat negatif (Allen & Leary, 2010), mengurangi kecenderungan untuk mengisolasi diri (Akin, 2010), dapat memicu *emotional coping skills* yang lebih baik seperti menjadi lebih mengenal perasaan serta kemampuan untuk memperbaiki keadaan emosi negatif (Neely, dkk., 2009; Neff, 2003; Neff, Hsieh, & Dejithirath, 2005 dalam Neff, 2012). Hal-hal tersebut searah dengan kompetensi emosi yang dapat mengantarkan seseorang pada kemampuan untuk mengelola emosinya secara efektif, menjadi tangguh dalam menghadapi keadaan *stress* atau penuh tekanan, dan kemampuan untuk membangun hubungan positif (Denham, Basset, & Wyatt, 2007 dalam Santrock, 2007).

SIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dari penelitian ini dapat dilihat berdasarkan hasil persamaan regresi yang telah didapat melalui proses analisis statistik, yaitu kedua variabel memiliki hubungan yang positif dan adanya pengaruh yang signifikan dari *self-compassion* terhadap kompetensi emosi remaja akhir. Hal tersebut memiliki arti bahwa semakin tinggi *self-compassion* pada diri seseorang maka akan semakin tinggi pula kompetensi emosinya

Penulis memiliki beberapa saran berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, antara lain:

1. Bagi remaja, diharapkan mampu

meningkatkan kompetensi emosinya dengan cara meningkatkan kepekaan emosi diri sendiri dan teman di sekitar, memahami emosi teman, meregulasi emosi diri sendiri, mengekspresikan emosi atau pendapat dengan cara yang baik (sesuai norma), dan melatih menggunakan emosi agar senantiasa bermanfaat bagi diri (menggunakan kepekaan untuk menenangkan teman yang sedang bersedih). Rata-rata para subyek dalam penelitian ini sudah cukup baik regulasi emosinya, hanya saja nilainya rendah pada ekspresi emosi. Menunjukkan ekspresi bisa dilatih dengan memberanikan diri untuk bertanya saat di kelas, berdiskusi dengan teman, atau bersosialisasi. Remaja juga diharapkan dapat belajar untuk mendengarkan teman atau orang lain yang sedang berbicara atau bercerita untuk meningkatkan kepekaan dan kemampuan untuk menggunakan emosi. Remaja juga dapat meningkatkan kompetensi emosinya dengan mengikuti organisasi atau komunitas tertentu agar kemampuan sosial dan emosinya meningkat, namun juga perlu digarisbawahi mengenai kehati-hatian dalam bergaul agar tidak terjerumus pada pergaulan yang salah

2. Saran bagi pendidik (orangtua, guru, wali) ialah perlunya memberikan ruang yang luas untuk remaja dalam berekspresi dan mengungkapkan pendapatnya, apabila dirasa kurang tepat maka tetap hargailah keberaniannya dalam mengungkapkan pendapat. Hal ini bertujuan untuk memberikan kesempatan remaja untuk belajar berekspresi atau mengungkapkan pendapat pribadi. Pembelajaran dalam kelas juga dapat diatur untuk mendukung peningkatan kemampuan berekspresi emosi remaja, yaitu dengan metode belajar diskusi atau presentasi. Pendidik, terutama orangtua, diharapkan memantau perkembangan emosi remaja secara teliti,

agar mengetahui pola emosinya yang cenderung tidak stabil (mengenali penyebab naik atau turunnya *mood*) agar dapat membantu remaja untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Peningkatan kompetensi emosi anak sangat dipengaruhi oleh kedekatan orangtua (sebagai orang terdekat) dan anak. Orangtua sebaiknya tidak terlalu membatasi, namun tetap meluangkan waktu untuk menghabiskan waktu bersama dengan anak lebih banyak bagi orangtua yang memiliki anak remaja untuk menjaga kelekatan dan memantau perkembangannya

3. Saran untuk peneliti yaitu untuk penelitian selanjutnya yang bertema sama dengan penelitian ini, sebaiknya memperluas variabel penelitian, seperti jenis kelamin, dan latar belakang sosial. Penelitian selanjutnya diharapkan melengkapi data demografis subjek (seperti menanyakan intensitas bertemu dengan orangtua, sejauh mana kedekatan dengan orangtua, dan hal-hal lain yang mempengaruhi kompetensi emosi) agar hasil penelitian dapat lebih dipertanggungjawabkan dan lebih beralasan. Peneliti juga perlu menyeimbangkan jumlah subyek agar lebih kuat hasil analisis datanya (misal, subyek SMA sejumlah 50 dan Universitas sejumlah 50 juga).

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat memperdalam keterkaitan faktor-faktor yang mempengaruhi kompetensi emosi, yaitu identitas diri, pemahaman moral, dan perkembangan seseorang untuk mengetahui manakah yang paling berperan besar, sehingga dapat digunakan sebagai dasar merencanakan atau mendesain strategi peningkatan kompetensi emosi. Penelitian selanjutnya juga diharapkan dapat mengembangkan strategi pengembangan kompetensi remaja akhir dikaji dari sudut pandang *self-compassion*.

PUSTAKA ACUAN

- Akin, A. (2010). Self-compassion and loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3), 702-718
- Allen, A. B. & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Soc Personal Psychol Compass*, 4(2), 107-118
- Brasseur S, Gre'goire J, Bourdu R, & Mikolajczak M. (2013) . The profile of emotional competence (pec): development and validation of a self-reported measure that fits dimensions of emotional competence theory. *PLoS ONE*. 8(5)
- Echols, J. M. & Shadily, H. (2000). *Kamus inggris indonesia*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Hadi, S. (2004). *Metodologi Research*. Yogyakarta: Andi Offset
- Hessler, D.M. & Katz, L.F. (2010). Brief report: associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of Adolescence*, 33, 241-246
- Lestari, M., & Winarno, H.H., (2014, Februari). Nikah muda karena hamil, banyak pasangan muda yang cerai. *Merdeka* [on-line]. Diakses pada tanggal 27 Mei 2014 dari <http://www.merdeka.com/peristiwa/5-cerita-maraknya-remaja-di-purwakarta-hamil-di-luar-nikah/nikah-muda-karena-hamil-banyak-pasangan-muda-cerai.html>
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescent and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., Kotsou, I., Weytens, F., Dupuis, P., & Mikolajczak, M.. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*. 11, 2, 354-366.
- Polda Metro: Kenakalan remaja meningkat pesat, perkosaan menurun. (2012, 28 Desember). *Berita Satu* [on-line]. Diakses pada tanggal 30 Oktober 2013 dari <http://www.beritasatu.com/peristiwa-megapolitan/89874-polda-metro-kenakalan-remaja-meningkat-pesat-perkosaan-menurun.html>
- Saarni, C. (1999). A skill-based model of emotional competence: a developmental perspective. *Biennial meeting of the society do research in child development*. CA: Sonoma State University
- Santrock, J.W. (2003). *Adolescence- Perkembangan remaja (edisi keenam)*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Santrock, J.W. (2007). *Adolescence* (11th ed). New York : McGraw Hill
- Santrock, J.W. (2010). *A topical approach to : life span development* (5th ed). New York: McGraw Hill
- Silalahi, L.B.S., (2012, Juli). Putus cinta, salah satu penyebab ABG bunuh diri. *Merdeka* [on-line]. Diakses pada tanggal 04 April 2014 dari <http://www.merdeka.com/peristiwa/putus-cinta-salah-satu-penyebab-abg-indonesia-bunuh-diri.html>
- Widyatama, T. (2010). *Kamus psikologi*. Jakarta : Widyatama

Artikel Penelitian

Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013

Yaslinda Yaunin¹, Rudi Afriant², Nurul Maulidya Hidayat³

Abstrak

Infeksi HIV/AIDS sangat erat hubungannya dengan gangguan depresi. Penyebabnya bisa dikarenakan faktor psikologisnya ataupun efek dari agen HIV yang sudah menginfeksi sistem saraf pusat. Salah satu metode pencegahan gangguan depresi yang dapat diberikan adalah pemanfaatan poli VCT (Voluntary Counseling and Testing) dengan baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kejadian gangguan depresi pada penderita HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang periode Januari-September 2013. Metode penelitian adalah deskriptif dengan jumlah sampel sebanyak 43 orang. Data dikumpulkan melalui pengisian kuesioner Hamilton Depression Rating Scale dan hasil yang didapat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penderita HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang periode Januari - September 2013 didapatkan tidak mengalami depresi sebanyak 44,2% sedangkan untuk depresi sebanyak 55,8% dengan pembagian depresi ringan hanya 25,6%, depresi sedang 11,6%, depresi berat 4,7%, dan depresi sangat berat 14%. Depresi terbanyak ditemukan pada usia 20 – 39 tahun (83,3%).

Kata kunci: penderita HIV/AIDS, gangguan depresi, poli VCT

Abstract

HIV/AIDS infection is associated with depression disorders. Etiology may be cause of psychosocial factor or the effect of HIV agent that infected central nervous system. In order to prevent depression disorders is by the utilization VCT (Voluntary Counseling and Testing) Clinic This study aims to describe the incident rate of depressive disorder among people living with HIV/AIDS visited VCT clinic at RSUP DR. M. Djamil Padang in January-September 2013. The research method was descriptive and made up by 43 HIV/AIDS-infected patients. Data were collected through filling Hamilton Depression Rating Scale and the results are presented in the form of a frequency distribution table. The results obtained that people living with HIV/AIDS visited VCT clinic at RSUP DR. M. Djamil Padang in January-September 2013 are not experiencing depression, representing 44,2% and 55,8% for depressive disorder which is mild depression only obtained 25,6%, moderate depression 11,6%, severe depression 4,7%, and very severe depression 14%. Depression disorder more found in the age : 20 – 39 years (83,3%).

Keywords: HIV/AIDS patient, depression disorder, VCT clinic

Affiliasi penulis : 1.Bagian Psikiatri FK Unand, 2 Bagian Penyakit Dalam FK Unand, 3.Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Korespondensi : Yaslinda Yaunin, email: linda_yns@yahoo.co.id,
 Telp: 0811667236

PENDAHULUAN

Seseorang yang mengalami depresi ditandai dengan hilangnya rasa senang atau ketertarikan terhadap hal-hal yang biasanya disukai. Kira-kira dua pertiga pasien depresi mengalami pikiran akan bunuh diri dan sekitar 10 – 15% melakukan bunuh diri. Depresi bisa disebabkan oleh faktor biologik seperti gangguan keseimbangan neurotransmitter (*norepinefrin, serotonin, dopamine, gamma amino butyric acid*), gangguan regulasi hormon, faktor genetik dan yang tidak kalah pentingnya adalah faktor psikososial (stress kehidupan, kepribadian).¹ Infeksi HIV/AIDS sangat erat hubungannya dengan gangguan depresi. Penyebabnya bisa dikarenakan faktor psikologisnya ataupun efek dari agen HIV yang sudah menginfeksi sistem saraf pusat. Perjalanan penyakit HIV/AIDS yang progresif, penyebarannya yang luas dan cepat serta adanya stigma dan diskriminasi pada pasien HIV/AIDS dapat menimbulkan stres pada penderitanya. Bila gangguan psikologis ini tidak ditatalaksana dengan baik, maka besar kemungkinan seseorang yang mengalami

HIV/AIDS mengalami depresi.² Jumlah orang yang terkena HIV-AIDS didunia sampai akhir 2010 mencapai 34 juta orang dimana dua pertiganya terdapat di Afrika Selatan kawasan Selatan Sahara. Di kawasan itu kasus infeksi baru mencapai tujuh puluh persen, di Afrika Selatan 5,6 juta orang terinfeksi HIV, Asia Pasifik menempati tempat kedua dengan jumlah penderita HIV-AIDS mencapai lima juta orang. Eropa Tengah dan Barat jumlah kasus infeksi baru HIV/AIDS sekitar 840 ribu, di Jerman secara kumulasi ada 73 ribu orang.³ Sedangkan di Indonesia terdapat 5.442 kasus HIV yang dilaporkan oleh Kemenkes dari bulan Oktober sampai Desember 2011. Menurut Dinas Kesehatan Sumbar pada tahun 2008 ditemukan 111 kasus HIV-AIDS dan terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2009 sebanyak 154 kasus. Namun pada tahun 2010, kasus HIV sempat mengalami penurunan kasus menjadi 138. Dan pada tahun 2012 kasus HIV meningkat lagi menjadi 189 orang yang terkena HIV.⁴ Apabila dilihat berdasarkan jenis kelamin, kasus AIDS dilaporkan banyak ditemukan pada laki-laki yaitu 74,5%, sedangkan perempuan 25%. Laporan Kementerian Kesehatan RI tentang perkembangan HIV/AIDS di Indonesia pada Triwulan IV (dari bulan Oktober sampai dengan Desember tahun 2011) jumlah kasus HIV yang dilaporkan sebanyak 5.442 kasus.⁴ Penelitian Hawari pada 350 orang yang

menjalani terapi detoksifikasi NAZA hanya 57 orang bersedia dilakukan tes HIV/AIDS (16,29%). Dari 57 orang tersebut ternyata 19 orang positif HIV/AIDS (33,33%).⁵

Penelitian yang dilakukan di India menunjukkan bahwa pasien HIV/AIDS dengan status perkawinan bercerai memiliki angka depresi yang cukup tinggi dibandingkan yang belum menikah dan sudah menikah. Hal ini dikarenakan kurangnya dukungan dari keluarga dekat.⁶ Penderita HIV/AIDS yang mengalami depresi cenderung akan melakukan bunuh diri terutama pada saat awal mengetahui terinfeksi HIV sebagai suatu respon impulsif dari gejala emosinya, juga resiko bunuh diri akan meningkat pada saat penyakit berlanjut yang menyebabkan kemampuan fisik dan mental makin menurun.⁷

Dukungan sosial merupakan salah satu penanganan yang cukup efektif dalam penanganan depresi pada pasien HIV/AIDS. Semakin besar dukungan sosial yang diberikan, maka semakin kecil angka terjadinya depresi. Dukungan sosial ini bisa dari keluarga dekat, teman-teman, lingkungan sekitar bahkan pemerintah. Salah satu layanan pemerintah dalam penanganan gangguan kejiwaan ini adalah Poli VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) atau KTS (Konseling dan Tes Sukarela). Dalam pelayanan ini dilakukan beberapa hal seperti konseling *pra-testing*, *testing* HIV, dan konseling *post-testing* secara sukarela atau kesadaran dari individu sendiri. Konseling *pra-testing* memberikan pengetahuan tentang HIV dan manfaat *testing* HIV, pengambilan keputusan untuk *testing*, dan perencanaan atas *issue* HIV yang akan dihadapi. Konseling *post-testing* membantu seseorang untuk mengerti dan menerima status (HIV+) dan merujuk pada pelayanan dukungan. Konseling ini dilakukan oleh konselor yang merupakan tenaga kesehatan terlatih dengan klien atau individu yang merasa memiliki risiko tinggi HIV/AIDS serta dilakukan secara rahasia dan sukarela.⁷ Pengobatan Spiritual juga bisa meringankan beban penderita HIV/AIDS. Ironson pada tahun 2000 melakukan penelitian dan menemukan bahwa terapi agama (psikoreligius) mempunyai peran penting dalam memperpanjang usia seorang penderita HIV/AIDS.⁵

Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran angka kejadian gangguan depresi pada pasien HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang periode Januari - September 2013.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan metode *cross sectional*.

Penelitian dilakukan di bagian Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang pada bulan November 2013-Desember 2013. Populasi pada penelitian ini adalah pasien HIV/AIDS yang mengunjungi Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang bulan Januari sampai September 2013. Kriteria Inklusi adalah sebagai berikut: Pasien HIV/AIDS yang mengunjungi Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang, Tidak memiliki riwayat gangguan depresi sebelumnya, Pasien yang telah menyetujui penelitian ini. Sedangkan Kriteria Eksklusi: Pasien

yang pernah mengalami gangguan *mood* (afektif) lain sebelumnya selain gangguan *mood* (afektif) episode depresi, Pasien yang menolak untuk dilakukan pemeriksaan. Teknik Pengambilan Sampel: Pasien HIV/AIDS yang mengunjungi Poli VCT akan diajukan beberapa pertanyaan data demografi dan kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale*.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini menemukan bahwa jumlah kunjungan pasien HIV/AIDS pada periode Januari-September 2013 di poli VCT RSUP DR. M. Djamil adalah 49 orang dan 19 orang tidak mengalami depresi (44,2%) serta 24 orang depresi (55,8%). Dari yang mengalami depresi ada 19 orang laki-laki (79,2%) dan 5 orang perempuan (20,8%). Gambaran tingkat depresi pada 24 orang yang mengalami depresi dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi TingkatKeparahan Depresi Pasien yang Mengunjungi Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Periode Januari-September 2013.

Tingkat Depresi	F	%
Depresi Ringan	11	45,8
Depresi Sedang	5	20,8
Depresi Berat	2	8,4
Depresi Sangat Berat	6	25
Total	24	100

Berdasarkan tabel 1. didapatkan pasien HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil Padang periode Januari - September 2013 terbanyak mengalami depresi ringan, 45,8% paling sedikit depresi berat (25%)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Gangguan Depresi Berdasarkan Usia Pasien HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Periode Januari-September 2013

Usia	Depresi	
	F	%
<20 tahun	1	4,2
20-29 tahun	6	25
30-39 tahun	14	58,3
≥40 tahun	3	12,5
Total	24	100

Berdasarkan tabel 2. didapatkan umur pasien HIV/AIDS yang mengalami gangguan depresi terbanyak adalah pada usia 30 - 39 tahun yaitu sebanyak 58,3%. Sedangkan untuk persentase yang terendah ditemukan pada usia <20 tahun yaitu sebanyak 4,2%.

Hasil penelitian mengenai distribusi frekuensi gangguan depresi subjek penelitian berdasarkan status perkawinan pasien HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil periode Januari-September 2013 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Gangguan Depresi Pasien HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Periode Januari - September 2013 Berdasarkan Status Perkawinan

Status Perkawinan	Depresi	
	F	%
Belum Menikah	11	45,8
Menikah	12	50
Bercerai	1	4,2
Total	24	100

Berdasarkan tabel 3. didapatkan status perkawinan pasien HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil periode Januari - September 2013 terbanyak adalah pada pasien yang menikah yaitu sebanyak 50%, sedangkan frekuensi terendah pada pasien yang bercerai yaitu sebanyak 4,2%.

Kalau dilihat dari segi faktor resiko terjadinya infeksi pada pasien HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M. Djamil periode Januari - September 2013 dapat dilihat pada tabel 4 di bawah ini.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Gangguan Depresi Berdasarkan Faktor Risiko. Pasien HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP DR. M. Djamil Periode Januari - September 2013

Faktor Risiko	Depresi	
	F	%
Pengguna Narkoba Jarum Suntik	4	16,7
Seks Bebas	15	62,5
Istri Pasien HIV/AIDS	2	8,3
Transfusi Darah	2	8,3
Lain-lain	1	4,2
Total	24	100

Berdasarkan tabel 4. didapatkan faktor risiko pasien HIV/AIDS yang mengalami depresi terbanyak adalah karena seks bebas 62,5% dan yang terendah adalah faktor risiko lain-lain sebanyak 4,2%.

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian derajat keparahan depresi pada penelitian ini didapatkan ialah mengalami gangguan depresi sebanyak 55,8% dengan pembagian depresi ringan 25,6%, depresi sedang 11,6%, depresi berat 4,7%, dan depresi sangat berat 14% sedangkan untuk bukan depresi sebanyak 44,2%. Unnikrishnan,dkk (2012) menyebutkan pasien HIV/AIDS yang mengalami depresi sebanyak 20-39% (5) Kurang maksimalnya pemanfaatan pelayanan poli VCT dan dukungan dari masyarakat dapat menyebabkan tingginya angka depresi. Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada seseorang yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif.¹

Dari hasil penelitian yang dilakukan berdasarkan usia, pasien HIV/AIDS yang menderita depresi pada usia <20 tahun sebanyak 4,2% dan pada usia 20-29 tahun sebanyak 25%. Untuk usia 30-39 tahun ditemukan 58,3% mengalami depresi dan pada usia ≥40 tahun sebanyak 12,%. Prevalensi gangguan depresi pada populasi dunia terbanyak pada usia produktif yaitu 20 – 50 tahun. Alasan perbedaan telah diteliti melibatkan perbedaan hormonal, perbedaan stressor psikososial dalam rentang umur tersebut.¹ Perbedaan pada penelitian ini bisa disebabkan karena pasien HIV/AIDS rawat jalan pada saat penelitian yang banyak mengunjungi poli VCT adalah kelompok usia 30-39 tahun.

Hasil penelitian tentang jenis kelamin pada penelitian ini didapatkan persentase gangguan depresi pasien HIV/AIDS laki-laki sebanyak 79,2% dan perempuan yaitu sebanyak 20,8%, namun secara umum kasus depresi prevalensinya lebih tinggi pada wanita. Menurut Kaplan dan Shaddock (2007) yaitu 20% pada wanita dan 12% pada laki-laki.¹ Penelitian Unnikrishnan, dkk (2012) didapatkan prevalensi depresi 5-12% pada pria dan 10-25% pada wanita.⁶ Penelitian ini sesuai dengan penemuan Kementerian Kesehatan RI bahwa penderita HIV/AIDS lebih banyak pada laki-laki.⁷

Prevalensi penelitian gangguan depresi pada status perkawinan terbanyak didapatkan pada pasien yang belum menikah yaitu sebanyak 45,8% sedangkan untuk yang menikah sebanyak 50% dan yang bercerai sebanyak 4,2%. Unnikrishnan, et al. (2012) menyebutkan bahwa gangguan depresi yang terbanyak adalah pada yang menikah (44,6%). Persamaan ini didapatkan karena pada pasien HIV/AIDS yang sudah menikah pada umumnya memiliki banyak kendala dalam kehidupannya. Dimulai dari permasalahan rumah tangga, permasalahan ekonomi keluarga, ditambah lagi dengan kurangnya dukungan dari keluarga dekat dan lingkungan. Hal ini dapat menyebabkan meningkatnya stress mental pada pasien HIV/AIDS yang apabila tidak ditangani dengan baik, dapat menjadi gangguan depresi.⁶

Sebanyak 16,7% pada tahun 2013 gangguan depresi pasien HIV/AIDS memiliki faktor risiko penularan melalui penggunaan narkoba jarum suntik. Untuk faktor risiko seks bebas didapatkan 62,5% sedangkan isteri pasien HIV/AIDS memiliki angka 8,3%, transfusi darah 8,3% , dan untuk lain-lain 4,2%. Penelitian yang dilakukan oleh Unnikrishnan, et al. (2012) menyebutkan bahwa depresi lebih sering terjadi pada faktor risiko penularan melalui narkoba jarum suntik.⁶ Pelaku seks bebas terutama perempuan juga terjadi depresi dikarenakan perempuan memiliki kehangatan, emosionalitas, sikap hati-hati, sensitivitas, dan konformitas lebih tinggi daripada laki-laki, sedangkan laki-laki lebih tinggi dalam stabilitas emosi, dominasi dan impulsivitas dari pada perempuan.³

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan 49 orang penderita HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M Djamil Padang pada periode Januari – September 2013 yang mengalami depresi sebanyak 24 orang (55,8%). Usia terbanyak mengalami depresi adalah pada usia 20 – 39 tahun (83,3%). Berdasarkan tingkat depresinya didapatkan:

depresi ringan (45,8%), depresi sedang (20,8%), depresi berat (8,4%) dan depresi sangat berat (25%).

DAFTAR PUSTAKA.

1. Kaplan & Sadock's, Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/ Clinical Psychiatry, Xth Edition, Lippincott Wilkins & Wilkins, Philadelphia, 2007, pp 527 – 78.
2. Wahyu S, Taufik, et al., Konsep Diri dan Masalah yang Dialami Orang Terinfeksi HIV/AIDS, Konselor, 2012, Vol.1, hal 1-12.
3. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Getting To Zero*. Diambil pada 29 September 2013 dari <http://www.unaids.org>.2011
4. Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), Situasi HIV & AIDS di Indonesia, 2009.
5. Hawari,D. Konsep Agama (Islam) Menanggulangi NAZA, PT. Dana Bhakti Prima Yasa, Yogyakarta, 2002.
6. Unnikrishnan B, Jagganath V, Ramapuram JT, Achappa B, Madi D, 2012. *Study of Depression and Its Associated Factors among Women Living with HIV/AIDS in Coastal South India*. Dalam (R. L. D. Machado, M. Patel, dab J. Poudrier ed) ISRN AIDS, 2012, Vol.12.
7. Departemen Kesehatan RI, Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarelawan HIV (*Voluntary Counselling and Testing = VCT*), 2004.